

## Vertrag gemäß § 140a SGB V

über eine mobile **Wohnortnahe** Versorgung zur Steuerung der sektorübergreifenden  
**Therapie bei Post-COVID-19 in Thüringen (WATCH)**

im Rahmen des Innovationsfonds gemäß § 92a Abs. 1 SGB V  
Förderkennzeichen 01NVF22114

zwischen dem

### **Universitätsklinikum Jena**

Teilkörperschaft der Friedrich-Schiller-Universität  
vertreten durch den Klinikumsvorstand  
Kastanienstrasse 1, 07747 Jena

durchführende Einrichtung: Klinik für Innere Medizin IV / Zentrum für Sepsis und Infektionsforschung  
Projektverantwortlich: Prof. Dr. A. Stallmach

- nachfolgend „**Konsortialführer**“ genannt -

und der

### **BARMER**

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Axel-Springer-Str. 44, 10969 Berlin  
vertreten durch den Vorstand,  
Korrespondenzadresse der ausführenden Stelle:  
Landesvertretung Thüringen  
Johannesstr. 164, 99084 Erfurt

und der

### **Techniker Krankenkasse (TK)**

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg  
vertreten durch den Vorstand,  
Korrespondenzadresse der ausführenden Stelle:  
Landesvertretung Thüringen  
Schlösserstr. 20, 99084 Erfurt

und der

### **AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
vertreten durch den Vorstand,  
hier vertreten durch Maryan Schemken  
Sternplatz 7, 01067 Dresden

- nachfolgend „**Krankenkassen**“ genannt -

und der

### **Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes  
Dr. med. Annette Rommel  
Zum Hospitalgraben 8, 99425 Weimar

- nachfolgend „**KVT**“ genannt -

- nachfolgend „**Konsortialpartner**“ genannt -

## Inhaltsverzeichnis

Anlagenverzeichnis .....	3
Begriffsdefinitionen, Erläuterungen.....	4
Abkürzungen.....	4
Präambel.....	5
Abschnitt I Versorgungsstruktur und Organisation.....	5
§ 1 Gegenstand und Zielsetzung.....	5
§ 2 Geltungsbereich .....	6
Abschnitt II Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der Ärzte und des Zentrums .....	7
§ 3 Teilnahme der Ärzte .....	7
§ 4 Aufgaben der teilnehmenden niedergelassenen Hausärzte.....	8
§ 5 Aufgaben der teilnehmenden niedergelassenen Fachärzte .....	9
§ 6 Definition und Aufgaben des Zentrums.....	10
Abschnitt III Teilnahme der Versicherten .....	11
§ 7 Teilnahmevoraussetzungen und Ausschlusskriterien der Versicherten .....	11
§ 8 Einschreibung, Beginn und Ende der Teilnahme von Versicherten .....	12
§ 9 Übermittlung der Teilnehmerinformationen an die Krankenkassen .....	13
sowie die Verifikation der Teilnehmerlisten.....	13
Abschnitt IV Leistungen gemäß Vertrag .....	14
§ 10 Leistungsinhalte .....	14
Abschnitt V Aufgaben der Vertragspartner .....	14
§ 11 Aufgaben des Konsortialführers .....	14
§ 12 Aufgaben der KVT .....	15
§ 13 Aufgaben der Krankenkassen .....	15
Abschnitt VI Vergütung, Abrechnung und Finanzierung .....	15
§ 14 Vergütung der teilnehmenden Ärzte und des Zentrums.....	15
§ 15 Abrechnung und Vergütung für die teilnehmenden Ärzte.....	16
§ 16 Finanzierung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen .....	17
Abschnitt VII Sonstige Vertragsgegenstände.....	18
§ 17 Qualitätssicherung der Leistungen .....	18
§ 18 Evaluation .....	18
§ 19 Öffentlichkeitsarbeit.....	18
§ 20 Haftung .....	19
§ 21 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch .....	19
§ 22 Vertraulichkeit .....	21
§ 23 Beitritt weiterer Krankenkassen .....	21
§ 24 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung .....	21
§ 25 Schriftform, Schlussbestimmungen und Salvatorische Klausel.....	22

## **Anlagenverzeichnis**

Anlage 1	Leistungsinhalt/Behandlungsablauf Anhang 1 – Starterpaket Anhang 2 – Abschlussbogen für Hausärzte
Anlage 2a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Hausarzt
Anlage 2b	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Facharzt
Anlage 3	Leistungen und deren Vergütung
Anlage 4a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter für die besondere Versorgung
Anlage 4b	Versicherteninformationen zur Teilnahme an der besonderen Versorgung „WATCH“
Anlage 4c	Patienteninformation, Datenschutz und Einwilligungserklärung zum Projekt „WATCH“
Anlage 5	Teilnehmerverzeichnis UKJ/Krankenkassen
Anlage 6	Beitrittserklärung für Krankenkassen
Anlage 7	Online-Fortbildung (Muster)
Anlage 8	Evaluationskonzept
Anlage 8a	Verpflichtungserklärung
Anlage 9	Datenschutzkonzept

## **Genderklausel**

In diesem Vertrag wird für alle Funktionsträger und sonstigen handelnden Personen ausschließlich die männliche Sprachform verwendet. Hierin sollen keine Bevorzugung des Männlichen und keine Diskriminierung des Weiblichen und des Diversen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Fassung dient allein der besseren Übersichtlichkeit des Textes und damit einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

## Begriffsdefinitionen, Erläuterungen

**Arzt/Ärzte** sind die im Vertrag genannten Haus- und Fachärzte.

**DLR** ist als Teil des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt e. V. der zuständige Projektträger und Dienstleister für das Management von Forschung, Bildung und Innovation des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

**Dritte** sind alle juristischen oder natürlichen Personen, die nicht Konsortialpartner oder Kooperationspartner sind.

**Förderbescheid** ist der Bescheid (einschließlich etwaiger Änderungsbescheide) des Innovationsausschusses beim G-BA, auf dessen Grundlage das im Rubrum genannte Projekt aus Mitteln des Innovationsfonds gefördert wird. Er umfasst alle im Bescheid genannten Nebenbestimmungen, Unterlagen insbesondere Antragsunterlagen einschließlich derjenigen, die nachgereicht wurden. Maßgebend sind die Regelungen, die aufgrund von wirksamen Änderungen den aktuellen Stand darstellen.

**Konsortialführer (KF)** ist jener Konsortialpartner, dem die Koordination des Projektes/Konsortiums obliegt.

**Konsortialpartner (KP)** sind alle eigenständigen juristischen oder natürlichen Personen, die Vertragspartner dieses Vertrages sind.

**Konsortium** ist die Bezeichnung für die Gemeinschaft aller Konsortialpartner nach dem Konsortialvertrag.

**Kooperationspartner** sind alle juristischen oder natürlichen Personen, die mit dem Konsortium zusammenarbeiten und dabei einen definierten Beitrag zum Projekt leisten. Kooperationspartner erhalten dabei keine Vergütung. Die Zusammenarbeit wird jeweils über einen Kooperationsvertrag geregelt.

**Post-COVID-Zentrum (PoCo-Zentrum)** ist ein Leistungserbringer des UKJ und wird im Rahmen dieses Vertrages in dessen Auftrag tätig.

**Projektträger** ist die vom Innovationsausschuss beim G-BA für die fachliche und administrative Umsetzung und Begleitung des Projektes beauftragte Einrichtung, in diesem Fall das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR).

**Red Flags** sind Warnhinweise bzw. Symptome, die frühzeitig auf eine schwerwiegende Erkrankung hindeuten und umgehend einer weiteren Abklärung bedürfen.

**Schutzrechte** entstehen, sofern Forschungs- und Entwicklungsergebnisse, z. B. zum Patent, als Gebrauchsmuster, Schutzzertifikat, Sortenschutzrecht, zur Marke oder als Muster angemeldet werden.

**Zentrum** sind die Konsortialpartner, die entsprechend des Versorgungsauftrages für das UKJ die jeweils fachlich-medizinische Betreuung (u. a. PoCo-Bus, PoCo-Zentrum) der an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten übernehmen.

## Abkürzungen

<b>FSU</b>	Friedrich-Schiller-Universität Jena
<b>KIM</b>	Kommunikation im Medizinwesen
<b>PoCo-Bus</b>	Post-COVID-Bus
<b>SOP</b>	Standard Operating Procedure
<b>UKJ</b>	Universitätsklinikum Jena

## Präambel

Seit Beginn der Corona-Pandemie wurden in Thüringen ca. 888.000 COVID-19-Infektionen nachgewiesen<sup>1</sup>. Rund 90 % dieser Patienten gelten als genesen. Ein relevanter Anteil der Patienten berichtet aber noch Monate nach überstandener Infektion von einer weiterhin anhaltenden Einschränkung der Lebensqualität mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit und von Symptomen wie Abgeschlagenheit/Müdigkeit, Gedächtnis- und Schlafstörungen, Atemnot und Kurzatmigkeit. Halten diese Beschwerden für länger als 12 Wochen an und sind diese nicht auf andere Ursachen zurückzuführen, wird definitionsgemäß von einem Post-COVID-Syndrom gesprochen<sup>2</sup>.

Da Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren bedeuten, wurde bereits im August 2020 am UKJ eine Post-COVID-Ambulanz eingerichtet, in welcher Experten unterschiedlicher Fachrichtungen (Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Physiotherapie, Sportmedizin) zusammen agieren. Um dieses neue Versorgungsangebot möglichst vielen Erkrankten zugänglich zu machen, will das UKJ gemeinsam mit weiteren Projektpartnern das Projekt „Mobile Wohnortnahe Versorgung zur Steuerung der sektorübergreifenden Therapie bei Post-COVID-19 in THüringen (WATCH)“ etablieren.

## Abschnitt I Versorgungsstruktur und Organisation

### § 1 Gegenstand und Zielsetzung

- (1) Dieser Vertrag regelt eine besondere Versorgung auf der Grundlage des § 140a SGB V und orientiert sich an den Empfehlungen der Long-/Post-COVID-Leitlinie in der jeweils aktuellen Version. Er ist Bestandteil des vom Innovationsfonds geförderten Projektes über eine „Mobile Wohnortnahe Versorgung zur Steuerung der sektorübergreifenden Therapie bei Post-COVID-19 in THüringen (WATCH)“. „WATCH“ ist ein regional übergreifendes Projekt des Universitätsklinikums Jena, der Friedrich-Schiller-Universität Jena (FSU), der Krankenkassen BARMER, TK und AOK PLUS, der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen sowie den weiteren Konsortial- und Kooperationspartnern des Projektes.
- (2) Zentrale Elemente sind hierbei die wohnortnahe Spezialdiagnostik unter Einsatz einer mobilen Post-COVID-Ambulanz („PoCo-Bus“) sowie eine interdisziplinäre telemedizinische Betreuung und Behandlung der Patienten. Diese beinhaltet Module zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Konzentration und Aufmerksamkeit sowie emotionaler Krisenbewältigung („Body“, „Brain“ und „Soul“). Hier wird besonderer Wert auf die Individualisierung der Therapie gelegt, um eine „Post Exertional Malaise“ (PEM, auch „Crashes“ genannt) zu verhindern. Die PEM bezeichnet die Verschlimmerung der Symptome nach einer körperlichen, geistigen oder emotionalen Anstrengung.
- (3) Gemäß des Leitgedankens der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V soll durch eine verstärkte sektoren- und fachübergreifende Zusammenarbeit von niedergelassenen Haus- und Fachärzten gemeinsam mit den Fachärzten für Innere Medizin, Neurologie bzw. Psychiatrie sowie den Therapeuten (Physiotherapeuten, klinische Psychologen) des UKJ und den Sportwissenschaftlern der FSU die Gesundheitsversorgung für die eingeschriebenen Versicherten verbessert werden. Die Versorgung und Behandlung der teilnehmenden Versicherten im Rahmen dieser besonderen Versorgung erfolgt gemäß der Versorgungs- und Teilnahmebedingungen sowie der besonderen Inhalte, des Umfangs und der Maßgaben dieses Vertrages, insbesondere des Versorgungsauftrages gemäß der in **Anlage 1** beschriebenen Leistungsinhalte/Behandlungsabläufe.
- (4) Das Universitätsklinikum Jena ist Konsortialführer. Im Rahmen dieser besonderen Versorgung

---

<sup>1</sup> <https://www.corona-in-zahlen.de/bundeslaender/thueringen>

<sup>2</sup> Quelle: S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID, Stand: 12.07.2021; AWMF Registernummer 020 - 027

tritt das UKJ in der Funktion einer leistungserbringenden Einrichtung im Sinne des § 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V in Erscheinung.

- (5) Gemeinsame Ziele der Vertragspartner sind:
- (a) die Etablierung einer strukturierten wohnortnahen Post-COVID-Diagnostik unter Einsatz einer mobilen Einheit („PoCo-Bus“) zur Erfassung der gesundheitlichen Einschränkungen bei Post-COVID-Patienten vor und nach der Intervention (siehe dazu Buchstabe (c)),
  - (b) die Schulung und Betreuung der Patienten im Rahmen der telemedizinischen Interventionen („Body“, „Brain“ und „Soul“),
  - (c) eine sektorenübergreifende Implementierung telemedizinischer Versorgungslösungen über jeweils 3 Monate zur Reduzierung von Behandlungsdefiziten, die Patienten bei der Bewältigung der Post-COVID-Folgen mittels der vorgenannten Interventionen unterstützen,
  - (d) die Etablierung sektorübergreifender SOP (Standard Operating Procedure),
  - (e) eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung sowie
  - (f) die spätere Überführung der Interventionen in die Regelversorgung.
- (6) Nicht vom Versorgungsauftrag umfasst sind Leistungen, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der G-BA nach § 91 SGB V im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V oder im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 SGB V eine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

## § 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für die Versorgung durch die am Vertrag teilnehmenden
- (a) Fachärzte und nichtärztlichen medizinischen Fachkräfte des UKJ und der FSU als Zentrum im Sinne des § 6 (im Weiteren „Zentrum“ genannt),
  - (b) alle im Bereich der KVT zugelassenen, ermächtigen, in einer Praxis angestellten, als Vertretung nach § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV tätigen, in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) sowie in ärztlich geleiteten Einrichtungen gemäß §§ 105 Abs. 1c oder 5 bzw. 402 Abs. 2 SGB V tätigen:
    - Fachärzte für Allgemeinmedizin,
    - Praktischen Ärzte,
    - hausärztlich tätigen Internisten,
    - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin (sofern sie Patienten über 18 Jahre betreuen, deren somatische Entwicklung nicht abgeschlossen ist)
- (nachfolgend für diese besondere Versorgung „Hausarzt/Hausärzte“ genannt)
- Fachärzte für Innere Medizin und/oder Kardiologie,
  - Fachärzte für Innere Medizin und/oder Pneumologie,
  - Fachärzte für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie,
  - Fachärzte für Nervenheilkunde,
  - Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
  - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
  - Psychologischen Psychotherapeuten,
  - Ärzte, die über eine Genehmigung zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den entsprechenden Bestimmungen der jeweils aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung verfügen,
  - Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (sofern sie Patienten

- über 18 Jahre betreuen, deren somatische Entwicklung nicht abgeschlossen ist) sowie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (sofern sie Patienten über 18 Jahre betreuen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben),

(nachfolgend für diese besondere Versorgung „**Facharzt/Fachärzte**“ genannt)

deren Haupt- oder Nebenbetriebsstätte in Thüringen liegt und die jeweils die Anforderungen dieses Vertrages erfüllen und die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag von der KVT erhalten haben.

- (2) Dieser Vertrag umfasst die Versorgung aller Versicherten im Versorgungsbereich Thüringen, die die Voraussetzungen der Teilnahme gemäß § 7 erfüllen und diese erklärt haben.

## **Abschnitt II** **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der Ärzte und des Zentrums**

### **§ 3** **Teilnahme der Ärzte**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte nach § 2 Abs. 1 Buchstabe (b), sofern sie verpflichtend an der Online-Fortbildung gemäß **Anlage 7** teilgenommen haben. Für die Hausärzte gelten hierbei die Kursteile 1 „Post-COVID in der Praxis“ und 2 „Versorgungsprojekt WATCH“ als obligat. Der erfolgreiche Abschluss der Online-Fortbildung wird der KVT automatisch über das Fortbildungsportal übermittelt und kann der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (**Anlagen 2a [Hausarzt] und 2b [Facharzt]**) entnommen werden. Für die Fachärzte ist der Kursteil 2 „Versorgungsprojekt WATCH“ verpflichtend.
- (2) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Vertrag ist freiwillig und schriftlich durch Abgabe einer Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 2a bzw. Anlage 2b) gegenüber der KVT zu erklären.
- (3) Mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung akzeptiert der Arzt die Inhalte dieses Vertrages, willigt in die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten zur Durchführung der Teilnahme am Vertrag sowie in die Veröffentlichung seiner Praxisdaten auf der Internetseite der KVT ein und verpflichtet sich zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben.
- (4) Bei einer Teilnahme ausschließlich über angestellte Ärzte nimmt der anstellende Arzt, das MVZ bzw. die Einrichtung am Vertrag teil. Sofern mehrere angestellte Ärzte eines MVZ oder einer Einrichtung die Voraussetzungen erfüllen, können auch mehrere angestellte Ärzte des MVZ oder der Einrichtung am Vertrag teilnehmen. Die Teilnahme wird durch den anstellenden Arzt, das anstellende MVZ bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten Arzt/Ärzten erklärt. In diesem Fall sind die persönlichen Anforderungen jeweils über die Person des angestellten Arztes durch den anstellenden Arzt, das anstellende MVZ bzw. die anstellende Einrichtung nachzuweisen sowie das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit unverzüglich der KVT mitzuteilen. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist abhängig von der Erfüllung der persönlichen Anforderungen in Person des jeweils angestellten Arztes. Die sachlichen Voraussetzungen sind bei angestellten Ärzten durch das MVZ, die Einrichtung bzw. Vertragsarztpraxis zu erfüllen bzw. bereitzustellen.
- (5) Bei Teilnahme eines angestellten Arztes muss die Teilnahme- und Einwilligungserklärung zusätzlich vom ärztlichen Leiter des MVZ oder der Einrichtung gemäß § 105 Abs. 1c oder 5 bzw. 402 Abs. 2 SGB V oder des anstellenden Arztes unterzeichnet werden.
- (6) Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jeder Arzt in der BAG, der an diesem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung der KVT übermitteln.

- (7) Die KVT stellt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Ärzte auf ihrer Internetseite zum Download zur Verfügung.
- (8) Die KVT prüft nach Eingang der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Teilnahmeberechtigung gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe (b) des Arztes und die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und teilt ihm das Ergebnis der Prüfung mit.
- (a) Sind die Teilnahmeberechtigung und die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, bestätigt die KVT dem Arzt die Vertragsteilnahme schriftlich.
- (b) Die Teilnahme des Arztes beginnt – vorbehaltlich der Bestätigung der KVT – mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, frühestens mit Vorlage aller entsprechenden Nachweise der Teilnahmevoraussetzungen gemäß §§ 2 Abs. 1 Buchstabe (b) sowie 3 Abs. 1 Satz 2 bzw. Satz 4. Ab diesem Zeitpunkt ist der Hausarzt zur Entgegennahme von Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten und zur Leistungserbringung berechtigt.
- (c) Sind die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß §§ 2 Abs. 1 Buchstabe (b) sowie 3 Abs. 1 nicht erfüllt, erhält der Arzt durch die KVT eine schriftliche Ablehnung mit entsprechender Begründung.
- (9) Die KVT führt ein Verzeichnis der an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte mit folgenden Inhalten: Titel, Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer. Dieses Verzeichnis wird auf der Internetseite der KVT veröffentlicht.
- (10) Die Teilnahme des Arztes endet:
- (a) wenn seine vertragsärztliche Zulassung, Anstellung, Ermächtigung oder Vertretung nach § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV im Bezirk der KVT vollständig ruht oder endet.
- (b) durch die schriftliche Kündigung des teilnehmenden Arztes gegenüber der KVT. Eine Kündigung der Teilnahme kann jeweils mit einer Frist von 6 Wochen zum Ende eines jeden Quartals erfolgen.
- (c) bei Wegfall der Teilnahmeberechtigung gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe (b).
- (d) wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages. Dem Arzt ist vor Beendigung der Teilnahme die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern. Die Beendigung der Teilnahme durch die KVT erfolgt nach vorheriger Zustimmung durch den Konsortialführer.
- (e) durch Beendigung des Vertrages bzw. mit dem Ende der Laufzeit des Vertrages gemäß § 24.

Die KVT teilt dem betreffenden Arzt das Ende seiner Teilnahme schriftlich mit.

- (11) Sollten die Vertragspartner wesentliche Änderungen dieses Vertrages bzw. der Anlagen vornehmen, hat die KVT die Ärzte hierüber in geeigneter Form zu informieren. In diesem Falle kann der Arzt seine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen zum Quartalsende kündigen, wenn er von der Änderung betroffen ist und er die Teilnahme aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Die Kündigung hat gegenüber der KVT zu erfolgen. Kündigt der Arzt nicht innerhalb dieser Frist und führt er den Vertrag und die Anlagen fort, akzeptiert er die Änderungen. Der Vertrag kann nur in der jeweils aktuell geltenden Fassung umgesetzt werden.

#### § 4

#### **Aufgaben der teilnehmenden niedergelassenen Hausärzte**

- (1) Die teilnehmenden Hausärzte gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe (b) verpflichten sich im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Durchführung und Abrechnung der in den **Anlagen 1 und 3** beschriebenen Leistungen. Eine Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag auf



Grundlage des EBM ist auszuschließen. Die teilnehmenden Hausärzte wirken insbesondere auf die Einhaltung der festgelegten Kriterien hin, unterstützen den Versicherten bei der aktiven Teilnahme während des Projektes und übernehmen deren Einschreibung. Der Grundsatz der Therapiefreiheit der Hausärzte wird nicht eingeschränkt.

- (2) Die teilnehmenden Hausärzte nehmen eine persönliche und patientenbezogene Aufklärung und Beratung zu den Leistungen dieser besonderen Versorgung i. V. m. dem Innovationsfondsprojekt sowie den Teilnahmebedingungen, dem Widerrufsrecht, der damit einhergehenden Datenfreigabe und -verarbeitung, auch im Rahmen der Evaluation vor. Danach legen sie die Versicherteninformation sowie die Teilnahme- und Einwilligungserklärung dem Versicherten (**Anlagen 4a und 4b**) bzw. den gesetzlichen Vertretern zur Unterschrift vor.
- (3) Die Hausärzte sind verpflichtet, jeweils das Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten datenschutzkonform innerhalb von 10 Kalendertagen an das PoCo-Zentrum zu übermitteln. Eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist dem Versicherten bzw. jeweils einem gesetzlichen Vertreter zusammen mit der Versicherteninformation auszuhändigen.
- (4) Die teilnehmenden Hausärzte übermitteln für den Patienten medizinische Daten nach § 341 Abs. 2 Nrn. 1 bis 5 sowie 10 bis 13 SGB V aus der konkreten aktuellen Behandlung gemäß Anlagen 1 und 3 auf deren Verlangen in die elektronische Patientenakte. Der gesetzliche Anspruch der Versicherten resultiert aus § 347 SGB V.
- (5) Bei Vorliegen von Red Flags (gemäß aktuell gültiger Leitlinie) überweist der Hausarzt entsprechend der Indikation bevorzugt zum/zu projektbeteiligten, symptombezogen geeigneten Facharzt/Fachärztin und kennzeichnet die Überweisung mit „WATCH“.
- (6) Die projektrelevanten Unterlagen (Befunde, SF36-Fragebogen sowie ggf. Patienteneinwilligung in das Projekt und WATCH-Meldebogen) werden vom behandelnden Hausarzt datenschutzkonform dem PoCo-Zentrum zum Zweck der Mit-/Weiterbehandlung und der Teilnahme am Projekt (Evaluation) gemäß Anlage 1 übermittelt.
- (7) Die teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zur Kooperation mit dem KF nach § 2 Geltungsbereich Buchstabe (a).
- (8) Einmal jährlich findet eine durch den KF organisierte Konferenz statt, um die teilnehmenden Hausärzte über die aktuellen sektorübergreifenden SOP gemäß Anlage 1 zu informieren.

## **§ 5**

### **Aufgaben der teilnehmenden niedergelassenen Fachärzte**

- (1) Die teilnehmenden Fachärzte gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe (b) verpflichten sich im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Durchführung und Abrechnung der in den Anlagen 1 und 3 beschriebenen Leistungen. Eine Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag auf Grundlage des EBM ist auszuschließen. Der Grundsatz der Therapiefreiheit der Fachärzte wird nicht eingeschränkt.
- (2) Teilnehmende Fachärzte sind zur Sicherstellung der Einhaltung des Behandlungspfades verpflichtet, zeitnah Termine an Patienten zu vergeben, sofern deren Überweisung vom Hausarzt mit „WATCH“ gekennzeichnet wurde. Dabei soll u. a. die projektspezifische Interventionseignung des Patienten bewertet werden.
- (3) Die teilnehmenden Fachärzte übermitteln für den Patienten medizinische Daten nach § 341 Abs. 2 Nrn. 1 bis 5 sowie 10 bis 13 SGB V aus der konkreten aktuellen Behandlung gemäß Anlagen 1 und 3 auf deren Verlangen in die elektronische Patientenakte. Der gesetzliche Anspruch der Versicherten resultiert aus § 347 SGB V.

- (4) Die projektrelevanten Befunddaten werden vom behandelnden Facharzt per Brief an den überweisenden Hausarzt sowie das PoCo-Zentrum (Zweitbericht) gemäß Anlage 1 übermittelt.
- (5) Einmal jährlich findet eine durch den KF organisierte Konferenz statt, um die teilnehmenden Fachärzte über die aktuellen sektorübergreifenden SOP gemäß Anlage 1 zu informieren.

## § 6

### Definition und Aufgaben des Zentrums

- (1) Der Versorgungsauftrag zur Betreuung der an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten (gemäß § 8) wird jeweils fachlich-medizinisch durch das Universitätsklinikum Jena in Kooperation mit der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Lehrstuhl für Sportmedizin und Gesundheitsförderung) als Zentrum gemäß den im Vertrag definierten Anforderungen sichergestellt und erfüllt.
- (2) Die Qualifikationen sowie die regelmäßige Fortbildung der eingesetzten Ärzte und nichtärztlichen medizinischen Fachkräfte sind vom Zentrum sicherzustellen. Dazu ist es erforderlich, dass das eingesetzte Personal die Erlaubnis zur Ausübung des entsprechenden Berufes in der Bundesrepublik Deutschland besitzt und es über die notwendigen fachlichen Kenntnisse zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben verfügt. Auf begründetes Verlangen ist das Zentrum bereit, den Vertragspartnern entsprechende Kopien dieser Urkunden vorzulegen.
- (3) Das Zentrum verpflichtet sich im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Durchführung der nachfolgend sowie der in der Anlage 1 näher beschriebenen Leistungen. Dies beinhaltet unter anderem die Versendung des Starterpaketes an die eingeschriebenen Patienten (nach Übermittlung der TE/EWE gemäß Anlage 4a durch den Hausarzt). Das Zentrum wirkt insbesondere auf die Einhaltung der festgelegten Kriterien hin und unterstützt die Versicherten bei der aktiven Teilnahme während des Projektes. Der Grundsatz der Therapiefreiheit der Ärzte wird nicht eingeschränkt.
- (4) Das Zentrum nimmt auf Grundlage der Patienteninformation (**Anlage 4c**) eine persönliche und patientenbezogene Aufklärung zu den Leistungen dieser besonderen Versorgung i. V. m. dem Innovationsfondsprojekt sowie den Teilnahmebedingungen, dem Widerrufsrecht, der damit einhergehenden Datenfreigabe und -verarbeitung, auch im Rahmen der Evaluation, vor.
- (5) Das UKJ stellt sicher, dass für den Patienten medizinische Daten nach § 341 Abs. 2 Nrn. 1 bis 5 sowie 10 bis 13 SGB V aus der konkreten aktuellen Behandlung gemäß Anlagen 1 und 3 auf deren Verlangen in die elektronische Patientenakte übermittelt werden. Der gesetzliche Anspruch der Versicherten resultiert aus § 347 SGB V.
- (6) Das Zentrum verfügt über eine geeignete Koordinationsstelle (PoCo-Zentrum), die die patientenindividuelle Betreuung ermöglicht und begleitet. Die Koordination kann durch einen Wissenschaftler, Physician Assistant (Arztassistent), Medizinischen Dokumentationsassistenten, Kaufmann im Gesundheitswesen o. ä. verantwortet werden und hat insbesondere folgende Aufgaben zu erfüllen:
  - (a) Begleitung des Versicherten im Rahmen des Behandlungspfades ab Einschreibung durch den teilnehmenden Hausarzt sowie
  - (b) Koordination der Behandlungskontakte, Terminplanung und -überwachung gemäß den in Anlage 1 beschriebenen Leistungen,
  - (c) Informationsweitergabe (wie Einschreibung, Patientenwiderruf, o. ä.) an den KF,
  - (d) Mitwirkung bei der Erstellung von Behandlungspfaden, Informationsmaterial sowie Fortbildungen (z. B. eLearning-Module),
  - (e) Information der teilnehmenden Versicherten über den Behandlungspfad und Aushändigung von Informationsmaterial,

- (f) Ansprechpartner für auftretende Fragen der Beteiligten des Zentrums sowie der niedergelassenen Ärzte,
  - (g) Koordination der Interaktionen zwischen den beteiligten Konsortialpartnern.
- (7) Einmal jährlich findet eine Konferenz der teilnehmenden Ärzte statt, um über die aktuellen sektorübergreifenden SOP gemäß Anlage 1 zu informieren. Die an dem Vertrag teilnehmenden Ärzte sollten die Teilnahme an der Konferenz ermöglichen. Zur Konferenz lädt der KF ein.

### **Abschnitt III Teilnahme der Versicherten**

#### **§ 7 Teilnahmevoraussetzungen und Ausschlusskriterien der Versicherten**

- (1) Die Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Berechtigt zur Teilnahme an diesem Vertrag sind Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, sofern sie folgende Voraussetzungen erfüllen:
  - (a) Patienten mit durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion (durch PCR- oder durch zertifizierten Antigentest nachgewiesen und vom Hausarzt dokumentiert) und mit persistierenden Symptomen oder
  - (b) Patienten mit einem bereits diagnostizierten und dokumentierten Post-COVID-Syndrom bei gesicherter Infektion (durch PCR- oder durch zertifizierten Antigentest nachgewiesen und vom Hausarzt dokumentiert),
  - (c) mit einem Mindestalter von 18 Jahren,
  - (d) Wohnort in Thüringen,
  - (e) Einwilligung in die Nutzung der pseudonymisierten bzw. anonymisierten Behandlungs- und Leistungsdaten im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation dieses Projektes gemäß § 18 durch den Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreter sowie
  - (f) Verfügbarkeit eines geeigneten mobilen Endgerätes (Smartphone, Tablet) sowie eines stabilen Internet-Zugangs,
  - (g) Bereitschaft zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Evaluation,
  - (h) somatische/physische Voraussetzungen eine telemedizinische Intervention, z. B. Übungen zur Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit, durchzuführen (Sehvermögen, Hörvermögen),
  - (i) erstmalige Teilnahme an diesem Projekt sowie
  - (j) ausreichende Sprachkenntnisse und kognitive Fähigkeiten, um die telemedizinischen Anwendungen selbständig zu bedienen.

Am Projekt können Versicherte nicht teilnehmen während:

- (a) der Schwangerschaft/Stillzeit,
  - (b) der Teilnahme an einer klinischen Studie oder Versorgungsprojektes außerhalb von WATCH und/ oder
  - (c) einer laufenden psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung.
- (3) Die Versicherten bzw. die gesetzlichen Vertreter erklären die Teilnahme an dieser Versorgung durch eine schriftliche und/oder elektronische Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE), durch die Zustimmung zur Datenverarbeitung auf Basis der zugehörigen Versicherten- und Patienteninformation sowie durch eine schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Evaluation (Anlagen 4a, 4b und 4c). Die Anlagen 4a und 4b werden dem Versicherten bzw. dem gesetzlichen Vertreter durch den teilnehmenden Hausarzt nach persönlicher und patientenbezogener Beratung vorgelegt und unterzeichnet. Anlage 4c erhält der Versicherte bzw. dessen gesetzlicher Vertreter im Rahmen des vom PoCo-Zentrum übersendeten

Starterpaketes und wird im Rahmen der Wiedervorstellung beim Hausarzt vor der Überleitung an das PoCo-Zentrum gemeinsam unterzeichnet.

- (4) Die KVT stellt die TE/EWE sowie die dazugehörige Versicherteninformation (Anlagen 4a und 4b) auf ihrer Internetseite zum Download für die Ärzte zur Verfügung.
- (5) Ein Hausarztwechsel ist während der Teilnahme des Versicherten möglich und erfordert keine neue Einschreibung des Versicherten.

## **§ 8**

### **Einschreibung, Beginn und Ende der Teilnahme von Versicherten**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten ist innerhalb des Versorgungszeitraumes jederzeit unter Einhaltung der in § 7 beschriebenen Teilnahmevoraussetzungen möglich und beginnt mit dem Datum der vollständigen Unterzeichnung und Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 4a.
- (2) Die Information der Krankenkasse über die Einschreibung erfolgt im Wege eines Teilnehmerverzeichnisses, welches vom KF an die betreffende Krankenkasse übermittelt wird. Näheres ist im § 9 beschrieben.
- (3) Die Teilnahmeerklärung für die besondere Versorgung kann von dem Versicherten bzw. von dessen gesetzlichen Vertreter innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei seiner am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten/gesetzlichen Vertreter eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Durch den Widerruf werden die Teilnahme beendet und die bis dahin gewonnenen Daten gelöscht, sofern diese nicht für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben benötigt werden. Hieraus entstehen dem Versicherten keine Nachteile in der Betreuung und Behandlung. Aufgrund einer vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten bis zu seinem Widerruf nicht berührt.
- (4) Der Versicherte ist an seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Ablauf der Widerrufsfrist bis zum Ende der Intervention gebunden. Danach endet die Teilnahme automatisch.
- (5) Eine vorzeitige Beendigung (Kündigung) der Teilnahme an der besonderen Versorgung im Rahmen des Projektes kann durch den Versicherten aus wichtigem Grund jederzeit erfolgen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, wenn
  - (a) das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt nachhaltig gestört ist,
  - (b) der Versicherte z. B. wegen eines Umzugs keine Möglichkeit hat, die Behandlung durch den Arzt wahrzunehmen.

Die Beendigung der besonderen Versorgung erklärt der Versicherte in Textform oder zur Niederschrift bei seiner Krankenkasse. Die Teilnahme endet mit dem Datum des Zugangs der Kündigung bei seiner Krankenkasse und berührt die Rechtmäßigkeit der bis dahin gewonnenen Daten nicht.

- (6) Darüber hinaus endet die Teilnahme des Versicherten automatisch:
  - (a) mit Beendigung seiner Mitgliedschaft bzw. seines Versicherungsverhältnisses bei seiner teilnehmenden Krankenkasse bzw. mit dem Ende seines nachgehenden Leistungsanspruches nach § 19 SGB V,
  - (b) mit dem Ende dieses Vertrages,

- (c) mit dem Ende der Betreuung im Versorgungspfad durch die Abschlussuntersuchung,
- (d) bei Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung.

## § 9

### **Übermittlung der Teilnehmerinformationen an die Krankenkassen sowie die Verifikation der Teilnehmerlisten**

- (1) Der KF bzw. das PoCo-Zentrum ist berechtigt und verpflichtet, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten bzw. durch dessen gesetzlichen Vertreter an dieser Versorgung für die Krankenkasse entgegenzunehmen.
- (2) Die Originalerklärungen sind für eine Dauer von 10 Jahren ab Ende des Jahres, in dem die Teilnahme des Versicherten endet, vom KF aufzubewahren.
- (3) Die Aufbewahrung hat unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen gemäß § 21 zu erfolgen. Für die Einhaltung des Datenschutzes ist der KF verantwortlich.
- (4) Der KF ist verpflichtet, der anfordernden Krankenkasse Einsicht in die Teilnahme- und Einwilligungserklärung seines Versicherten zu gewähren oder diese auf erstes Anfordern der jeweiligen Krankenkasse unverzüglich zuzusenden.
- (5) Der KF erstellt ein Teilnehmerverzeichnis aller im vergangenen Quartal eingeschriebenen Versicherten (nur Neueinschreibungen, **Anlage 5**), welches er bis zum 10. des auf das Quartalsende folgenden Monats an die jeweilige teilnehmende Krankenkasse für ihre jeweiligen Versicherten übermittelt. Dieses ist entsprechend der Satzbeschreibung vom KF zu befüllen. Das technische Übermittlungsverfahren wird zwischen dem KF und den Krankenkassen abgestimmt und muss den Anforderungen des Datenschutzes entsprechen.
- (6) Mit der Übermittlung des korrekt befüllten Teilnehmerverzeichnisses bestätigt der KF als Übermittler:
  - (a) dass der Versicherte nach Maßgabe der §§ 7 und 8 an diesem Vertrag teilnimmt oder die Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Evaluation widerrufen hat,
  - (b) das Vorliegen der unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten bzw. dessen gesetzlichen Vertreters,
  - (c) die Aufbewahrung der Original-Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
  - (d) die ordnungsgemäße Führung des Verzeichnisses hinsichtlich der teilnehmenden Versicherten sowie
  - (e) die Einhaltung der vorgenannten Verpflichtungen.
- (7) Ist das Teilnehmerverzeichnis nicht lesbar oder nicht korrekt befüllt, wird der KF durch die betreffende Krankenkasse über die unvollständige bzw. unkorrekte Befüllung informiert und um entsprechende Prüfung, Korrektur und erneute Übermittlung gebeten.
- (8) Die Krankenkassen verifizieren das seitens des KF übermittelte Teilnehmerverzeichnis (Anlage 5). Sofern Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt sind und die Teilnahme nicht möglich ist, erfolgt seitens der betreffenden Krankenkasse über das gemäß Abs. 5 individuell je Krankenkasse abgestimmte Übermittlungsverfahren eine Rückmeldung an den KF unter Nutzung des Teilnehmerverzeichnisses bis zum 18. des auf das Quartalsende folgenden Monats.

## **Abschnitt IV Leistungen gemäß Vertrag**

### **§ 10 Leistungsinhalte**

Die Gesamtleistung des Versorgungsauftrages im Versorgungszeitraum erstreckt sich von der Einschreibung des Versicherten in den Vertrag über die koordinierte, strukturierte Behandlung und medizinische Intervention des Versicherten. Die vertraglichen Leistungen sind modular mit Angabe der ausführenden Leistungserbringer in den Anlagen 1 und 3 beschrieben. Die jeweiligen Verantwortungen sind insbesondere in den §§ 4, 5, 6, 9, 11, 12 und 13 beschrieben.

## **Abschnitt V Aufgaben der Vertragspartner**

### **§ 11 Aufgaben des Konsortialführers**

- (1) Der KF übernimmt koordinierende und beratende Aufgaben im Rahmen dieser besonderen Versorgung gegenüber den beteiligten Vertragspartnern.
- (2) Aufgabe des KF ist – mit Unterstützung der anderen Vertragspartner – die Gewinnung von Ärzten für diesen Vertrag sowie deren Unterstützung bei der Teilnahme und Umsetzung dieses Vertrages.
- (3) Der KF ist für die Sicherstellung der Versorgung vor Ort im ländlichen Raum (durch den PoCo-Bus) verantwortlich.
- (4) Der KF übermittelt die Fördermittel für die gesundheitlichen Versorgungsleistungen gemäß § 16 Abs. 3.
- (5) Der KF informiert die Vertragspartner quartalsweise schriftlich über die Summe der bereits abgeschöpften Fördermittel sowie die KVT unmittelbar, sofern sich eine Erschöpfung der Fördermittel für gesundheitliche Versorgungsleistungen abzeichnet. Dies erfolgt schriftlich mit Angabe des letztmöglichen Einschlussdatums für Versicherte in den Vertrag.

In letzterem Fall kommuniziert die KVT gegenüber den Hausärzten, dass keine weiteren Versicherten neu in den Vertrag eingeschrieben werden dürfen. Die Vergütung für Leistungen für bis zu diesem Zeitpunkt bereits eingeschriebene Versicherte wird sichergestellt.

- (6) Der KF erstellt und übermittelt das Teilnehmerverzeichnis laut § 9 Abs. 5 sowie gemäß Anlage 5 an die jeweils an diesem Vertrag teilnehmende Krankenkasse.
- (7) Der KF verpflichtet sich, die Information über den Widerruf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bzw. die Beendigung der Teilnahme des Versicherten, welche er von der jeweiligen Krankenkasse gemäß § 13 Abs. 3 erhalten hat, dem betreuenden Hausarzt zu übermitteln.
- (8) Der KF erteilt dem Hausarzt bei Unklarheiten hinsichtlich der Teilnahme von Versicherten Auskunft darüber. Die Kontaktdaten des KF sind auf der Patienteninformation (Anlage 4c) sowie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 4a) zu finden. Die Erreichbarkeit ist innerhalb der regelmäßigen Dienststunden des KF gewährleistet.
- (9) Soweit die Vertragspartner sich auf den Beitritt einer weiteren gesetzlichen Krankenkasse einigen, hat der KF den Beitritt gegenüber dem Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt e. V. (DLR) als Projektträger anzuzeigen.

- (10) Der KF ist für die Organisation der jährlichen Konferenz sowie die Einladung der teilnehmenden Ärzte gemäß § 4 Abs. 8, § 5 Abs. 5 sowie § 6 Abs. 7 verantwortlich.
- (11) Der KF stellt den Teilnehmern ein Fitnessarmband/Wearable für die Erfassung von körperlichen Leistungsparametern und Vitaldaten zur Verfügung und übernimmt den technischen Support.
- (12) Der KF stellt die Apps für die telemedizinischen Interventionen „Body“ und „Brain“ sowie die Software für die telemedizinische Intervention „Soul“ zur Verfügung, koordiniert deren Einsatz, gewährleistet die entsprechende Qualifikation des Interventionsteams und übernimmt den technischen Support.

## **§ 12 Aufgaben der KVT**

- (1) Die KVT informiert und berät die Ärzte gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe (b) in ihrem Zuständigkeitsbereich über den Inhalt dieses Vertrages. Sie unterstützt neben dem KF diesen bei der Gewinnung teilnahmeberechtigter Ärzte für diesen Vertrag.
- (2) Die KVT nimmt die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen ihrer Ärzte entgegen und führt das Teilnahmeverfahren gemäß § 3 durch.
- (3) Die KVT prüft die Abrechnung der Ärzte und leitet die Fördermittel gemäß der §§ 15 und 16 an ihre Ärzte weiter.
- (4) Die KVT erstellt eine rechnungsbegründende Unterlage der abgerechneten Leistungen der besonderen Versorgung durch ihre Ärzte laut § 15 Abs. 3 und übermittelt diese an den KF.
- (5) Die KVT führt und veröffentlicht ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte gemäß § 3 Abs. 9 auf ihrer Internetseite.

## **§ 13 Aufgaben der Krankenkassen**

- (1) Die jeweilige Krankenkasse informiert und berät ihre Versicherten über diesen Vertrag.
- (2) Die jeweilige Krankenkasse übermittelt dem KF ein geprüftes Teilnehmerverzeichnis gemäß § 9 Abs. 8 bis zum 18. des auf das Quartalsende folgenden Monats, sofern Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt sind und die Teilnahme nicht möglich ist.
- (3) Die Krankenkassen informieren den KF über jeweilig eingegangene Widerrufe oder Beendigungen der Teilnahme ihrer Versicherten an der besonderen Versorgung unverzüglich schriftlich nach dessen Eingang.

## **Abschnitt VI Vergütung, Abrechnung und Finanzierung**

### **§ 14 Vergütung der teilnehmenden Ärzte und des Zentrums**

- (1) Die Vergütung der teilnehmenden Ärzte und des Zentrums erfolgt entsprechend Anlage 3.
- (2) Die Leistungen dieses Vertrages sind dem Wesen des Innovationsfonds entsprechend keine Regelleistungen, sodass für diese Leistungen keine regelleistungsentsprechenden Abrechnungen möglich sind. Sollten ähnliche Leistungen im Regelleistungskatalog aufgeführt

sein, so dürfen Leistungen dieses Vertrages nicht als solche abgerechnet werden. Gleiches gilt für ggf. zwischen den beteiligten Kliniken und beteiligten Krankenkassen in der Vergangenheit abgeschlossene Selektivverträge, deren Leistungen bereits über „WATCH“ abgegolten sind. Dieses würde als Doppelabrechnung gewertet und entsprechend verfolgt. Die Regelleistung ist ausdrücklich nicht Bestandteil dieses Vertrages und somit auch nicht über diesen Vertrag zu finanzieren.

- (3) Projektleistungen (Apps, Wearables) sind von unmittelbaren Leistungserbringern und dafür explizit benannten Dritten über den KF abzurechnen.

## **§ 15**

### **Abrechnung und Vergütung für die teilnehmenden Ärzte**

- (1) Der Arzt hat gemäß Anlage 3 Anspruch auf Zahlung der Fördermittel für die von ihm vertragsgemäß erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen. Dieser Anspruch ist abhängig von der Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen des Arztes. Der Anspruch des Arztes auf Auszahlung der Fördermittel für Leistungen endet mit der schriftlichen Information des KF an den einschreibenden Hausarzt über die Beendigung der Teilnahme bzw. den Widerruf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den Versicherten/gesetzlichen Vertreter, jedoch gilt der Anspruch mindestens bis zur Wirksamkeit der Beendigung.
- (2) Die Leistungen der Ärzte gemäß §§ 4 und 5 sowie Anlage 3 werden mit der regulären Quartalsabrechnung an die KVT übertragen und abgerechnet. Im Übrigen gelten die Abrechnungsrichtlinien der KVT in der jeweils aktuellen Fassung sinngemäß. Weiterhin gelten die KVT-internen Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung hinsichtlich der Fristen für die Abgabe der Abrechnung. Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen ist ausgeschlossen.
- (3) Die KVT übernimmt quartalsweise die Abforderung von Fördermitteln für die seitens der teilnehmenden Ärzte geltend gemachten Leistungen gegenüber dem KF gemäß den Allgemeinen Nebenbestimmungen des Innovationsfonds sowie dem Vertrag zur Weiterleitung von Fördermitteln des Innovationsausschusses beim G-BA zwischen dem KF und der KVT (Weiterleitungsvertrag). Diese Abforderung von Fördermitteln erfolgt seitens der KVT jeweils am 25. des auf das Quartalsende folgenden Monats. Fällt der 25. auf ein Wochenende bzw. einen Feiertag, wird die Übersicht vor dieser Frist geliefert. Grundlage dafür bildet die Abstimmung der zahlungsbegründenden Unterlage, welche dem KF am 18. des auf das Quartalsende folgenden Monats datenschutzkonform per verschlüsselter Mail (oder über den Web-Server der KVT) mit einer Rückmeldung bis spätestens zum 20. des auf das Quartalsende folgenden Monats zur Verfügung gestellt wird. Die zahlungsbegründende Unterlage enthält folgende Daten:
- lfd. Nummer,
  - Quartal,
  - Versichertenname,
  - Versichertenvorname,
  - Versichertennummer,
  - Geburtsdatum des Versicherten,
  - Leistungsdatum,
  - Abrechnungsnummer,
  - Name des Leistungserbringers,
  - Straße des Leistungserbringers,
  - PLZ des Leistungserbringers,
  - Ort des Leistungserbringers,
  - Häufigkeit,



- Wert (in €).
- (4) Die durch den KF an die KVT ausgezahlten Fördermittel leitet die KVT in voller Höhe an die Arztpraxis weiter. Der Arzt erhält hierzu einen separaten Vergütungsnachweis und wird informiert, für welche Leistungen und Beträge Fördermittel ausgezahlt werden. Eventuelle Differenzen zur eingereichten Abrechnung werden dabei unter Angabe einer Begründung ausgewiesen, soweit vom KF mitgeteilt. Schuldner des Vergütungsanspruches ist der KF.
- (5) Einwendungen des Arztes gegen die vom KF anerkannte Vergütung sind binnen einer Frist von einem Monat nach Zustellung des Vergütungsnachweises gegenüber der KVT schriftlich zu erheben. Die KVT wird die vom Arzt beanstandeten Leistungspositionen erneut und einmalig bei dem KF geltend machen. Die sich ggf. aus der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ergebenden Ansprüche der Ärzte sind mit der nächsten Abrechnung nach Zugang des berechtigten Abrechnungsnachweises auszugleichen.
- (6) Der Arzt hat der KVT Überzahlungen, auf die er keinen Anspruch nach diesem Vertrag und den Anlagen hat, zu erstatten. Sofern daher die KVT Zahlungen geleistet hat (z. B. nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung), auf die der Arzt keinen Anspruch hat, ist die KVT berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Abrechnungen dieses Vertrages abzuziehen.

## **§ 16**

### **Finanzierung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen**

- (1) Die nach diesem Vertrag zu erbringenden gesundheitlichen Versorgungsleistungen (Anlage 3) werden ausschließlich über Fördermittel aus dem Innovationsfonds nach § 92a SGB V finanziert. Die Einzelheiten dazu ergeben sich aus den Förderunterlagen und dem Förderbescheid inklusive Änderungsbescheide. Eine Finanzierung durch die teilnehmenden Krankenkassen ist ausgeschlossen, insbesondere entsteht gegenüber den Krankenkassen kein Vergütungsanspruch die geförderten Behandlungsleistungen betreffend.
- (2) In Zusammenhang mit der Herleitung von Handlungs- oder Transferempfehlungen für den Schlussbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF) wird die Kalkulation der Vergütungshöhe für die einzelnen Leistungsmodule im Rahmen der Vertrags- bzw. Projektlaufzeit durch die Vertragspartner gemeinsam überprüft und ggf. neu bewertet.
- (3) Der KF leitet die geprüfte Abforderung für die Vergütung der gesundheitlichen Versorgungsleistungen gemäß § 15 Abs. 3 als einen Bestandteil der Zahlungsanforderung gemäß des jeweiligen Weiterleitungsvertrages aus dem Fördervolumen des Innovationsfonds an den Förderer weiter. Der KF gleicht die Abforderung innerhalb von 6 Wochen nach dem Datum der Abforderung bei dem Förderer gegenüber der KVT bzw. dem Zentrum aus. Eventuelle Korrekturen sind dabei gesondert aufgeschlüsselt zu begründen und mitzuteilen.
- (4) Versichertenunabhängige Leistungsbestandteile des Innovationsfondsprojektes, wie zusätzliche Personalstellen, die wissenschaftliche Evaluation sowie das Projektmanagement, werden direkt aus dem Innovationsfonds finanziert und sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.
- (5) Sollte die KVT im Rahmen dieses Vertrages zu Unrecht Fördermittel erhalten haben, können diese vom KF zurückgefordert werden.
- (6) Mit der Vergütung gemäß Anlage 3 sind alle vertraglichen Leistungen, gleich aus welchem Rechtsgrund, abgegolten.
- (7) Die teilnehmenden Leistungserbringer sind nicht befugt, Leistungen, die aufgrund dieses Vertrages zu erbringen sind, dem Versicherten in Rechnung zu stellen. Zuzahlungen sind nicht statthaft.

## **Abschnitt VII Sonstige Vertragsgegenstände**

### **§ 17 Qualitätssicherung der Leistungen**

- (1) Die Leistungen dieser besonderen Versorgung müssen dem jeweils aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und dabei insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten sowie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Die bestehenden Anforderungen gemäß §§ 135a und 137 SGB V sowie die jeweils gültigen Richtlinien des G-BA werden als Mindestanforderungen von den teilnehmenden Leistungserbringern eingehalten.

### **§ 18 Evaluation**

- (1) Im Rahmen der Förderung des Innovationsfondsprojektes nach § 92a Abs. 1 SGB V erfolgt eine Evaluation durch das Institut für medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU Halle-Wittenberg) sowie durch das Institut für Allgemeinmedizin des UKJ und weitere Einrichtungen des UKJ gemäß Evaluationskonzept (**Anlage 8**), um die neuen Abläufe der medizinischen Betreuung wissenschaftlich zu überprüfen.

Zudem führt die Deutsche Stiftung für chronisch Kranke eine qualitative Akzeptanzevaluation durch. Erlaubnisgrundlage für die Evaluation ist jeweils die erfolgte Einwilligung in die Datenverarbeitung zum Zweck der Evaluation durch die teilnehmenden Versicherten bzw. die gesetzlichen Vertreter gemäß der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlagen 4a und 4b) und der Patienteninformation (Anlage 4c).

- (2) Die Evaluation wird mit pseudonymisierten Daten durchgeführt. Der KF beauftragt die Universität Magdeburg als Datentreuhandstelle zur Pseudonymisierung der Daten. Einzelheiten zur Evaluation sowie die Zuordnung der daraus resultierenden Aufgaben der jeweiligen Vertragspartner werden gesondert im Konsortialvertrag, im Evaluationskonzept (Anlage 8) und im Datenschutzkonzept (**Anlage 9**) des Innovationsfondsprojektes geregelt.

### **§ 19 Öffentlichkeitsarbeit**

- (1) Der Beginn dieses Vertrages wird von den Vertragspartnern gemeinsam öffentlichkeitswirksam vermarktet. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die sich an Versicherte der Krankenkasse richten, obliegen der jeweiligen Krankenkasse. Maßnahmen, die sich an die niedergelassenen Ärzte richten, obliegen der KVT. Die Vertragspartner informieren sich und stimmen sich vorweg gemeinsam über Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit ab, die sie während der Laufzeit des Vertrages durchführen.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich, die Inhalte und Ziele dieses Vertrages und des Gesamtprojektes nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, um zu einem Projekterfolg beizutragen. Hierzu zählen auch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse.
- (3) Gewerbliche Schutzrechte, insbesondere Urheberrechte und Markenrechte der Vertragspartner dürfen nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Vertragspartner genutzt werden.

## **§ 20 Haftung**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich mit allen ihnen zu Gebot stehenden Mitteln, für eine gewissenhafte und ordnungsgemäße Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Die Vertragspartner und Teilnehmer an diesem Vertrag haften grundsätzlich für die Leistungen, die sie auf Grundlage dieses Vertrages erbringen, selbst.
- (2) Die Vertragspartner übernehmen die nach diesem Vertrag vorgesehenen Pflichten. Weitergehende Verpflichtungen bezogen auf diesen Vertrag bestehen nicht.
- (3) Für den Fall einer ordentlichen oder außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund dieses Vertrages stehen den Vertragspartnern hieraus keine Ansprüche auf Schadenersatz, gleich aus welchem Rechtsgrund, zu. Im Übrigen haften die Vertragspartner nicht für die Erfüllung der Aufgaben der anderen Vertragspartner aus diesem Vertrag.
- (4) Die übrigen Vertragspartner haften nicht für Schäden, die durch die teilnehmenden Ärzte und das UKJ in Ausübung ihrer vertraglichen Aufgaben entstanden sind. Für Schäden, die insbesondere an Leib und Leben und Gesundheit der Versicherten eintreten, haften die teilnehmenden Leistungserbringer aufgrund der Regelungen des privatrechtlichen Behandlungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen. Die medizinische Verantwortung obliegt dem jeweils behandelnden Arzt bzw. dem Zentrum.

## **§ 21 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die Verarbeitung der für die Durchführung dieses Vertrages erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten durchzuführen. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung und -verarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten durch die teilnehmenden Ärzte bzw. das Zentrum aufgeklärt. Dazu händigt der teilnehmende Hausarzt dem Versicherten bzw. dem gesetzlichen Vertreter die Versicherteninformation zur Datenverarbeitung im Rahmen der besonderen Versorgung (**Anlage 4b**) aus.
- (2) Sämtliche Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben sowie im Rahmen gesetzlicher Aufgaben der Vertragspartner verarbeitet werden, wenn der Versicherte nach vorheriger Information die TE/EWE gemäß § 7 unterzeichnet hat. Satz 1 gilt nicht, soweit gesetzliche Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung die Datenverarbeitung vorsehen.
- (3) Die Vertragspartner sind jeweils eigenständig verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der personenbezogenen Daten, Sozialdaten bzw. Patientendaten, insbesondere der DS-GVO, der SGB, des Landesdatenschutzgesetzes, des BDSG, des Behandlungsvertrages in der jeweils geltenden Fassung in ihrem Wirk- und Verantwortungsbereich einzuhalten. Einzelheiten ergeben sich aus dem Datenschutzkonzept (Anlage 9). Dabei erfolgt die Verarbeitung der Versichertendaten (von den Versicherten für die Teilnahme an der besonderen Versorgung bereitgestellten, erforderlichen Angaben, Informationen, Auskünfte und Unterlagen einschließlich bspw. medizinischer Dokumente, wie Arztberichte und Befunde), der Teilnahmeerklärung und bis zu der vorgesehenen Übermittlung der für die Evaluation erforderlichen Daten in alleiniger Verantwortung der jeweiligen Vertragspartner (siehe Datenschutzkonzept Anlage 9, Abschnitt 4 Verantwortlichkeiten). Die Krankenkassen sind ausschließlich für die Übermittlung der für die Evaluation erforderlichen Sozialdaten gemäß § 75 SGB V datenschutzrechtlich verantwortlich im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DS-GVO. Die Leistungserbringer bzw. Vertragspartner haben jeweils die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß

Art. 32 DS-GVO – insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1 und 2 DS-GVO – herzustellen und einzuhalten. Gemäß Art. 13 und 14 DS-GVO wird der Versicherte umfassend in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache unentgeltlich im Rahmen der Versicherten- und Patienteninformation aufgeklärt, insbesondere darüber, welche Daten zur Durchführung der besonderen Versorgung im jeweiligen Wirkungsbereich verarbeitet werden. Die Rechte der betroffenen Person gemäß Kapitel 3 DS-GVO obliegen der jeweiligen Verantwortlichkeit des Vertragspartners. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten sowie deren Krankheiten der ärztlichen Schweigepflicht, der Berufsordnung, dem Behandlungsvertrag und den damit verbundenen strafrechtlichen Bestimmungen. Im Einzelfall haben die Vertragspartner für jedes Vorhaben die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen zu prüfen und umzusetzen. Die Vertraulichkeit ist zu wahren. Die Vertragspartner stellen in ihrem Wirk- und Verantwortungsbereich sicher, dass die am Projekt beteiligten Mitarbeiter sowie der einzubeziehende Evaluator entsprechend zur Integrität und Vertraulichkeit nach Art. 5 Abs. 1 Buchstabe f) DS-GVO im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurde. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort. Die Vertragspartner sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen sowie zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung verantwortlich im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DS-GVO. Dies gilt für § 4 Abs. 3 sowie §§ 8 Abs. 2 i. V. m. 9 entsprechend.

- (4) Bei Vertragsende, Widerruf oder Kündigung der Teilnahmeerklärung oder Widerruf der Einwilligung bzw. des Einverständnisses in die Datenverarbeitung durch einen Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten ab diesem Zeitpunkt nicht mehr verarbeitet. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund der Teilnahme des Versicherten verarbeiteten personenbezogenen Daten, Sozialdaten bzw. Patientendaten. Medizinische Dokumentationspflichten und die gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflichten bleiben hiervon unberührt, es gilt § 8 Abs. 3, 4 bzw. 5.
- (5) Bindet der Vertragspartner zur Erfüllung seiner vertraglichen Pflichten Leistungserbringer in diesen Vertrag ein, so stellt er sicher, dass diese die genannten datenschutzrechtlichen Vorgaben gleichermaßen einhalten.
- (6) Soweit der Vertragspartner eine andere Stelle mit der Verarbeitung der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt, hat sie sicherzustellen, dass die in §§ 295a Abs. 2 Satz 2 und Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie Art. 28 DS-GVO genannten Voraussetzungen erfüllt werden.
- (7) Die Vertragspartner sind verpflichtet, sich gegenseitig unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 DS-GVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.
- (8) Die Auswahl und Prüfung der Software der Pulsatio-App® sowie der Neuronation-App® im Rahmen des Projektes, insbesondere die Prüfung auf datenschutzrechtliche Anforderungen als auch der Integration der Informationen in den Datenspende-Blog bzw. der Projekthomepage obliegt dem KF als verantwortliche Stelle. Einzelheiten ergeben sich aus dem Datenschutzkonzept (Anlage 9).
- (9) Als zentrales Datenerfassungstool und Projektdatenbank wird das webbasierte EDC-System REDCap® genutzt, welches durch das UKJ betreut und verwaltet wird. Näheres zur technischen Ausgestaltung sowie der Speicherungs-/Aufbewahrungsfristen ergibt sich aus dem Datenschutzkonzept (Anlage 9).

## **§ 22 Vertraulichkeit**

Die Vertragspartner werden Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des jeweils anderen Vertragspartners, von denen sie im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages Kenntnis erlangen, vertraulich behandeln. Gesetzlich zwingende Offenlegungs- und Auskunftsvorschriften, zum Beispiel gegenüber Aufsichtsbehörden oder Gerichten, bleiben unberührt. Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung dieses Vertragsverhältnisses für fünf weitere Jahre bestehen.

## **§ 23 Beitritt weiterer Krankenkassen**

- (1) Weitere gesetzliche Krankenkassen können diesem Vertrag in der jeweils aktuell gültigen Fassung beitreten; sie werden jedoch nicht Teil des Konsortiums und auch keine Vertragspartner. Bei Beitrittsinteresse einer weiteren Krankenkasse holt der KF das schriftliche Einverständnis der Vertragspartner im Vorfeld ein. Der Beitritt erfolgt durch schriftliche Erklärung (**Anlage 6**) gegenüber dem KF. Der KF informiert die beitrittswillige Krankenkasse über das Einverständnis der KP. Danach wird der Beitritt mit Beginn des folgenden Quartals wirksam.
- (2) Die Regelungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen gelten für die beitretende Krankenkasse vollumfänglich ab Beginn des auf das Beitrittsdatum folgenden Quartals, mit Ausnahme der §§ 24 Abs. 4 und 25 Abs. 1. Vertragsänderungen werden durch die Altvertragsparteien verhandelt. Die beigetretene Kasse hat insoweit lediglich ein Beitrittskündigungsrecht gemäß Abs. 3, welches den Vertrag im Übrigen nicht tangiert.
- (3) Die beigetretene Krankenkasse kann ihre Teilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen, was lediglich zum Austritt dieser Krankenkasse führt. Die Kündigung ist gegenüber dem KF schriftlich zu erklären. Der KF wird die weiteren Vertragspartner unverzüglich über erfolgte Austritte informieren.

## **§ 24 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt zum 01.11.2023 in Kraft.
- (2) Die maximale Vertragslaufzeit ist an die Förderdauer des Projektes durch den Innovationsfonds gebunden und endet, ohne dass es des Ausspruchs einer Kündigung bedarf, spätestens mit Ende des Förderzeitraums zum 31.08.2026 automatisch. Bei vorzeitiger Beendigung der Förderung durch den Innovationsausschuss (Rücknahme oder Widerruf des Förderbescheides) endet dieser Vertrag automatisch zum Ende der Förderung. Die Vertragspartner werden sich über die weitere Abwicklung des Projektes verständigen.
- (3) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende durch schriftliche Erklärung gegenüber den jeweils anderen Vertragspartnern gekündigt werden.
- (4) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Frist bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, sofern Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen aller Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann.

Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:

- (a) durch gesetzliche Veränderungen oder aufgrund von geänderter Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbaren Maßnahmen nicht mehr möglich oder zumutbar ist. Das gilt im Hinblick auf ein Tätigwerden einer zuständigen Aufsichtsbehörde bereits ab Einleitung eines aufsichtsrechtlichen Dialoges durch die Aufsichtsbehörde. Eine förmliche aufsichtsrechtliche Beratung oder der Erlass eines Verpflichtungsbescheides durch die Aufsicht müssen nicht abgewartet werden, ebenso wenig müssen formelle aufsichtsrechtliche Maßnahmen im Sinne des § 71 Abs. 6 SGB V zuvor angedroht oder ergriffen worden sein,
  - (b) die Aufsichtsbehörde gegenüber der Krankenkasse anordnet, den Vertrag zu ändern oder aufzuheben (§ 71 Abs. 6 SGB V),
  - (c) der Vertragspartner gegen eine ihm obliegende wesentliche Verpflichtung verstößt und trotz schriftlicher Abmahnung durch einen anderen Vertragspartner nicht innerhalb von einem Monat nach deren Zugang seiner Verpflichtung nachkommt,
  - (d) im EBM eine diesem Vertrag vergleichbare Leistung aufgenommen wird,
  - (e) die Voraussetzungen dieser Versorgungsform aus wesentlichen medizinisch-technischen oder tatsächlichen Gründen entfallen oder
  - (f) die beantragten Fördermittel nach § 92a SGB V aufgebraucht sind.
- (5) Der durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Vertragspartner ist in den Fällen nach Abs. 4 Buchstaben (a) und (b) nicht verpflichtet, vor der Kündigung Rechtsmittel gegen die Maßnahme einzulegen oder die Rechtskraft der Entscheidung abzuwarten. Eine aufsichtsrechtliche Maßnahme ist einer aufsichtsrechtlichen Beratung gleichgestellt, die dazu führt, dass der Vertrag ganz oder teilweise im Sinne der Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörde angepasst werden müsste.
- (6) Vor Erklärung einer außerordentlichen Kündigung haben die Vertragspartner auf eine Beseitigung des zur Kündigung berechtigenden Umstandes hinzuwirken. Im Falle einer außerordentlichen Kündigung sind Schadenersatzforderungen gegen den kündigenden Vertragspartner ausgeschlossen.
- (7) Das Recht zur Kündigung des Vertrages nach den Voraussetzungen des § 59 Abs. 1 SGB X bleibt unberührt.
- (8) Die Kündigung hat schriftlich per Einschreiben mit Rückschein, im Fall des Abs. 4 unter Angabe des Kündigungsgrundes, gegenüber den Vertragspartnern zu erfolgen.

## **§ 25**

### **Schriftform, Schlussbestimmungen und Salvatorische Klausel**

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform und sind einvernehmlich zwischen allen Vertragspartnern zu vereinbaren. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Die Vertragspartner vereinbaren, dass E-Mail sowie die elektronische Form nach §§ 126a Abs. 1 bzw. 127 Abs. 3 BGB i. V. m. § 36a SGB I die Schriftform nicht wahren.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder nichtig sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken durch Regelungen zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen.
- (3) Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages.

**Für das Universitätsklinikum Jena**

Jena, den .....

gez. Kaufmännischer Vorstand und Sprecherin des Klinikumsvorstandes  
Dr. B. Seidel-Kwem

gez. Medizinischer Vorstand Prof. Dr. O. Witte

gez. Wissenschaftlicher Vorstand Prof. Dr. T. Kamradt

Jena, den .....

gez. Prof. Dr. Andreas Stallmach  
Projektleiter

**Für die BARMER**

Erfurt, den .....

gez. Birgit Dziuk  
Landesgeschäftsführerin BARMER Thüringen

Wuppertal, den

gez. Marin Atelj  
Abteilungsleiter BARMER Hauptverwaltung



**Für die Techniker Krankenkasse**

Erfurt, den .....

gez. Guido Dressel  
Leiter TK-Landesvertretung Thüringen

gez. Kerstin Lerz  
Projektleiterin

**Für die AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**

Dresden, den .....

gez. AOK PLUS

**Für die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**

Weimar, den .....

gez. Dr. med. Annette Rommel  
1. Vorsitzende des Vorstandes