

Vereinbarung zur Umsetzung von § 7 Frühförderungsverordnung (FrühV vom 24.06.2003) im Hinblick auf die Erstellung, Abrechnung und Vergütung des Förder- und Behandlungsplanes (FBP)

zwischen

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

Sternplatz 7, 01067 Dresden
vertreten durch den Vorstand,
hier vertreten durch Herrn Dr. Ulf Maywald,

den **Ersatzkassen**

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis,

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen,

dem **BKK Landesverband Mitte**

Eintrachtweg 19

30173 Hannover,

die **IKK classic,**

zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus,

IKK – Die Innovationskasse, IKK Südwest,

der **KNAPPSCHAFT,**

Regionaldirektion Frankfurt/Main,

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)**

als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel
einerseits

und

dem **Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte**

Landesverband Thüringen

(im Folgenden „BVKJ“ genannt)

sowie

der **Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen,**

vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes,

Frau Dr. med. Annette Rommel,

(im Folgenden „KVT“ genannt)

andererseits

Präambel

- (1) In der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung – FrühV) hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Erbringung von Komplexleistungen nach § 46 SGB IX vorgegeben. Grundlage für die Leistungserbringung der Komplexleistung ist der Förder- und Behandlungsplan. Dieser wird unter ärztlicher Verantwortung erstellt.
- (2) Zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung wurde in Thüringen auf Landesebene eine Rahmenvereinbarung zwischen den Trägern der Sozialhilfe, den gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbänden und dem Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMSGFF) abgeschlossen, im Folgenden „Landesrahmenvereinbarung Komplexleistung“ genannt.
- (3) Die KVT übernimmt auf Basis des § 75 Abs. 6 SGB V und gemäß den näheren Maßgaben dieser Vereinbarung insbesondere
 - a) die Organisation des Teilnahmeverfahrens der Thüringer Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie
 - b) die Sicherstellung der Abrechnung und Vergütung der Leistungen der Thüringer Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit den Krankenkassen.Die nach § 75 Abs. 6 SGB V erforderliche Zustimmung der Aufsichtsbehörde ist am 22.12.2021 rückwirkend zum 01.12.2020 erteilt worden.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Diese Vereinbarung regelt die Mitwirkung der Thüringer Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bei der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes (FBP) bzw. des Therapieänderungsplanes sowie die Sicherstellung der Vergütung und des Abrechnungsverfahrens dieser Leistungen zwischen den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, der KVT und den Krankenkassen.
- (2) Als Formulare für den FBP und den Therapieänderungsplan gelten die jeweils vereinbarten Vordrucke gemäß Anlage 2 (Förder- und Behandlungsplan) und Anlage 2a (Therapieänderungsplan) der Landesrahmenvereinbarung.

Anlage 1 – Förder- und Behandlungsplan

(entspricht Landesrahmenvereinbarung Anlage 2 in der jeweils aktuellen Fassung)

Anlage 2 – Therapieänderungsplan

(entspricht Landesrahmenvereinbarung Anlage 2a in der jeweils aktuellen Fassung)

§ 2

Teilnahme des Vertragsarztes

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVT zugelassenen, ermächtigten, in einer Praxis angestellten, als Vertretung nach § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV sowie in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätigen Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und andere Fachärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin einschließlich ärztlich geleiteter Einrichtungen gemäß §§ 105 Abs. 1c oder 5 bzw. 400 Abs.2 SGB V (im Folgenden „Vertragsarzt“ genannt).

- (2) Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Haupt- auch die Nebenbetriebsstätte(n) sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft in Thüringen ein.
- (3) Die Teilnahme an der Vereinbarung ist für den Vertragsarzt freiwillig. Der Vertragsarzt hat die Teilnahme schriftlich bei der KVT zu erklären.
- (4) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme an dieser Vereinbarung gegenüber der KVT mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende eines Quartals schriftlich widerrufen.
- (5) Die Teilnahme des Vertragsarztes an dieser Vereinbarung endet automatisch, wenn
 - a) seine vertragsärztliche Zulassung bzw. Anstellung endet oder
 - b) diese Vereinbarung endet.
- (6) Die KVT führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Vertragsärzte und veröffentlicht dieses auf der Homepage der KVT. Auf Anforderung der Krankenkassen bzw. deren Krankenkassenverbände übermittelt die KVT ein Verzeichnis der teilnehmenden Vertragsärzte als csv-Datei.

§ 3 Umfang der Leistung

- (1) Leistungsinhalt ist das Erstellen des FBP gemäß § 7 der Frühförderungsverordnung durch den Vertragsarzt. Der FBP gemäß **Anlage 1** dieser Vereinbarung wird einmalig zu Beginn der Behandlung erstellt. Er ist jährlich anzupassen (Folgebehandlungsplan).
- (2) Sind innerhalb des Genehmigungszeitraumes der heilpädagogischen Leistungen Änderungen im Umfang, der Art der medizinisch-therapeutischen Leistungen bzw. der Form der Leistungserbringung erforderlich, erstellt der Vertragsarzt bei Bedarf maximal einmal jährlich einen Therapieänderungsplan entsprechend **Anlage 2** dieser Vereinbarung.
- (3) Sind innerhalb des Genehmigungszeitraumes medizinisch-therapeutische Leistungen oder heilpädagogische Leistungen nicht mehr erforderlich, informiert der Vertragsarzt die Interdisziplinäre Frühförderstelle (IFF) oder die Interdisziplinäre Überregionale Frühförderstelle (IÜFF) und die Eltern/Personensorgeberechtigten. Damit endet die Komplexleistung.
- (4) Kommt der Vertragsarzt zu der Erkenntnis, dass auf Grund der Art, des Umfangs und der Schwere der Behinderung bzw. drohenden Behinderung die Leistungen eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) erforderlich ist, stellt er eine Überweisung aus. Die Aufstellung des FBP durch das SPZ ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

§ 4 Verfahrensablauf

1. Einleitung der interdisziplinären Komplexleistung

Auf Grund der Ergebnisse der Diagnostik stellt der Vertragsarzt die rehabilitative Zielstellung sowie die Potentiale des Kindes fest und nimmt die Therapieplanung für die medizinisch notwendigen therapeutischen Leistungen vor. Dabei sind vorliegende Erkenntnisse und Einschätzungen des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes sowie eventuelle vorliegende Erkenntnisse der IFF oder der IÜFF mit einzubeziehen.

Kommt der Vertragsarzt zu der Erkenntnis, dass der Behandlungserfolg mit heilpädagogischen Mitteln, unterstützt durch medizinisch-therapeutische Leistungen, erreicht werden kann, dokumentiert er die Ergebnisse seiner Diagnostik mit den entsprechenden Angaben zu Art und Umfang der medizinisch-therapeutischen Leistungen im FBP (Teil A und B der Anlage 1). Damit leitet er eine Komplexleistung ein, die interdisziplinär erbracht wird.

Komplexleistungen im Sinne der Landesrahmenvereinbarung sind heilpädagogische und medizinisch-therapeutische Leistungen, die durch eine IFF oder IÜFF aus einer Hand erbracht werden. Die Komplexleistung richtet sich an noch nicht eingeschulte behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder.

2. Abstimmung des Förder- und Behandlungsplanes (FBP)

Der Vertragsarzt übergibt den Eltern bzw. Personensorgeberechtigten den insoweit erstellten FBP zur weitergehenden heilpädagogischen Diagnostik in einer IFF oder IÜFF. Die Ergebnisse der heilpädagogischen Diagnostik sowie die Behandlungsempfehlungen der heilpädagogischen Fachkraft der IFF oder IÜFF werden ebenfalls im FBP dokumentiert. Die heilpädagogische Diagnostik ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung. Bei der Erstellung und Fortschreibung des FBP stimmen sich der Vertragsarzt und die pädagogische Fachkraft miteinander ab.

3. Leistungsentscheidung des Eingliederungshilfeträgers

Der Eingliederungshilfeträger entscheidet auf Grund des erstellten FBP und des Antrages auf Gewährung einer Komplexleistung der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten über die heilpädagogischen Fördereinheiten.

Wird der Antrag durch den Eingliederungshilfeträger abgelehnt und kommt somit eine Komplexleistung nicht zustande, erhält der Vertragsarzt eine Kopie des Ablehnungsbescheides vom Eingliederungshilfeträger.

In diesen Fällen kann der Vertragsarzt eine entsprechende Verordnung für notwendige Heilmittel auf den dafür vorgesehenen vertragsärztlichen Vordrucken auf der Grundlage des § 32 SGB V aus (Heilmittelverordnung) ausstellen. Gleiches ist auch sicherzustellen, wenn medizinisch-therapeutische Leistungen über den Genehmigungszeitraum der Komplexleistungen hinaus erforderlich sind.

§ 5

Abgabe von medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der Komplexleistung

1. Vermeidung von Doppelleistungen

Mit dem Ausstellen des FBP weist der Vertragsarzt die Eltern/Personensorgeberechtigten darauf hin, dass auf Grund des bestehenden Indikationsspektrums der Komplexleistung medizinisch-therapeutische Leistungen durch die Therapeuten einer IFF oder IÜFF erbracht werden. Im Rahmen seiner Verordnungstätigkeit stellt er sicher, dass Doppelleistungen ausgeschlossen sind.

2. Mobile Leistungserbringung

Im Rahmen der Therapieplanung für die medizinisch-therapeutischen Leistungen entscheidet der Vertragsarzt, ob diese Leistungen mobil im häuslichen Umfeld zu erbringen sind. Diese Entscheidung ist auf dem FBP entsprechend zu begründen.

3. Genehmigungsvorbehalt

Eine Genehmigung der vom Vertragsarzt im FBP verordneten und im Rahmen der Komplexleistung zu erbringenden medizinisch-therapeutischen Leistungen ist nicht erforderlich. Die jeweilige Krankenkasse kann bei Auffälligkeiten den Medizinischen Dienst (MD) einschalten und auch ein Genehmigungsverfahren umsetzen.

§ 6

Informationen über interdisziplinäre Frühförderstellen

Die Krankenkassen stellen der KVT halbjährlich ein Verzeichnis über die IFF's bzw. IÜFF's per E-Mail an vertraege@kvt.de zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird auf der Homepage der KVT veröffentlicht.

§ 7

Vergütung der Leistungen

Für die ärztlichen Leistungen nach dieser Vereinbarung erhält der Vertragsarzt folgende Vergütung:

Abr.-Nr.	Leistungsinhalt	Betrag
99930	Mitwirkung an der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes (Anlage 1) durch den Vertragsarzt <ul style="list-style-type: none">- einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig- im Krankheitsfall nicht neben der Abr.-Nr. 99930A abrechnungsfähig- im Behandlungsfall nicht neben der GOP 99931 und/oder GOP 04356 EBM abrechnungsfähig	45,00 €
99930A	Mitwirkung an der Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes (Anlage 1) durch den Vertragsarzt <ul style="list-style-type: none">- einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig- im Krankheitsfall nicht neben der Abr.-Nr. 99930 abrechnungsfähig- bei gleichzeitiger Abrechnung der GOP 04356 EBM im Behandlungsfall- im Behandlungsfall nicht neben der Abr.-Nr. 99931 abrechnungsfähig	40,00 €
99931	Erstellung eines Therapieänderungsplanes (Anlage 2) durch den Vertragsarzt <ul style="list-style-type: none">- einmal im Krankheitsfall nach Abrechnung der Abr.-Nr. 99930 bzw. 99930A abrechnungsfähig- im Behandlungsfall nicht neben der Abr.-Nr. 99930 bzw. 99930A abrechnungsfähig	18,75 €

Sofern vom Vertragsarzt Leistungen nach Abr.-Nr. 99930 vor dem 01.01.2022 auf Behandlungsscheinen des Vorquartals abgerechnet werden, erfolgt durch die KVT eine Kennzeichnung der Abr.-Nr. 99930 mit dem Suffix „V“.

§ 8

Abrechnung und Vergütung zwischen dem Vertragsarzt und der KVT

- (1) Der Vertragsarzt hat nach Maßgabe dieser Vereinbarung 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 des Vertragsarztes. Der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes besteht unabhängig von der Leistungsentscheidung des Rehabilitationsträgers über die beantragten Komplexleistungen.
- (2) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt in entsprechender Anwendung des § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT und bestimmt sich analog der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen.
- (3) Hinsichtlich der Zahlungstermine gelten die von der KVT veröffentlichten Termine für Restzahlungen. Für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend.
- (4) Die KVT zahlt die Vergütung nach dem jeweils gültigen Gesamtvertrag an den Vertragsarzt aus und erstellt einen Abrechnungsnachweis für den Vertragsarzt. Der Abrechnungsnachweis und die Vergütung sind im Honorarbescheid enthalten.
- (5) Die KVT ist berechtigt, von der Vergütung des Vertragsarztes den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz einzubehalten.
- (6) Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen dieser Vereinbarung gegenüber dem Berechtigten oder gegenüber einem anderen Kostenträger ist ausgeschlossen.
- (7) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die letzte Leistungsabrechnung spätestens zu dem für das Folgequartal von der KVT bestimmten Termin zu stellen. Später eingehende Abrechnungen werden nicht vergütet. Weiterhin ist der Vertragsarzt verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen.
- (8) Einwände gegen den Abrechnungsnachweis sind entsprechend der gesetzlichen Vorschriften (§ 84 SGG) innerhalb eines Monats nach Zugang bei der KVT geltend zu machen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Vertragsarzt das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des Vertragsarztes sind mit der nächsten Abrechnung nach Zugang des berichtigten Abrechnungsnachweises auszugleichen.
- (9) Der Vertragsarzt hat der jeweiligen Krankenkasse Überzahlungen, auf die er keinen Anspruch nach dieser Vereinbarung hat, zu erstatten. Sofern daher die KVT Zahlungen geleistet hat, auf die der Vertragsarzt keinen Anspruch hat, ist die KVT berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen vom Vertragsarzt zurückzufordern und von späteren Abrechnungen dieses Vertrages abzuziehen.

§ 9

Abrechnung und Vergütung zwischen KVT und Krankenkasse

- (1) Das Verfahren der Abrechnung sowie eventueller Korrekturen erfolgen in entsprechender Anwendung der Regelungen des vertragsärztlichen Bereichs. Die KVT prüft die Abrechnung der Ärzte nach Maßgabe der ihr obliegenden gesetzlichen bzw. vertraglichen Pflichten und übermittelt die Abrechnungsdaten im Rahmen der quartalsbezogenen Rechnungslegung an die jeweilige Krankenkasse. Die KVT hat gegenüber der Krankenkasse Anspruch auf Auszahlung der dem Vertragsarzt nach Maßgabe dieser Vereinbarung zustehenden Vergütung gemäß § 7. Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung der vertraglichen Verpflichtung des Vertragsarztes.
- (2) Die Finanzierung der Leistungen erfolgt durch die jeweilige Krankenkasse, sie ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Vergütung und erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Hinsichtlich der Geltung der geregelten Vergütungen für nicht im Rubrum genannte Krankenkassen, wird auf § 110 Abs. 2 S. 2 SGB IX verwiesen.
- (4) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen, des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Einzelfallnachweis; Ausweis im Formblatt 3, entsprechend den aktuell gültigen Formblatt 3-Vorgaben) sowie für sachlich-rechnerische Richtigstellungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend. Die Abrechnungsnummern der Vereinbarung werden von der KVT quartalsweise im Formblatt 3 unter der Kontenart 400, Vorgang 075 (Abr.-Nr. 99930), Vorgang 76 (Abr.-Nr. 99931), Vorgang 77 (Abr.-Nr. 99930A) und Vorgang 078 (Abr.-Nr. 99930V) ausgewiesen.
- (5) Eine Verrechnung der Rückforderungsansprüche der jeweiligen Krankenkasse nach dieser Vereinbarung mit Honoraransprüchen der KVT gegenüber der jeweiligen Krankenkasse außerhalb dieses Vertrages ist ausgeschlossen.
- (6) Ist der Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Anmeldung der Rückforderung durch die jeweilige Krankenkasse nicht mehr vertragsärztlich zugelassen und eine Verrechnung mit Honoraransprüchen des Vertragsarztes nach dieser Vereinbarung nicht mehr möglich, werden die Honoraransprüche gemäß den einschlägigen (unter)gesetzlichen Regelungen und die des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend geltend gemacht.
- (7) Auf Anforderung der Krankenkassen bzw. deren Krankenkassenverbände übermittelt die KVT eine Statistik über die kalenderjährliche Anzahl der Abrechnungsnummern nach § 7.

§ 10

Datenschutz

- (1) Die Verarbeitung zum Zweck der Durchführung und Abrechnung sowie Kostenerstattung erforderlichen personenbezogenen Daten (z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) erfolgt auf Basis der Genehmigung der Aufsichtsbehörde nach § 75 Abs. 6 SGB V vom 22.12.2021.
- (2) Die Abrechnung erfolgt unter Verantwortung der KVT gemäß den für die Abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Regelungen, insbesondere nach denselben datenschutzrechtlichen Vorgaben und technisch-organisatorischen Maßnahmen.

- (3) Jeder Vereinbarungspartner sowie ggf. beauftragte und bevollmächtigte Dienstleister gewährleisten die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (insbesondere EU-DSGVO, Sozialgesetzbücher, Landesdatenschutzgesetz, BDSG bzw. KDG oder DSGVO-EKD), insbesondere die Rechtmäßigkeit der durch ihn auch im Rahmen der Durchführung der Vereinbarung durchgeführten Datenverarbeitungen. Dabei verantwortet der jeweilige Vereinbarungspartner die Einhaltung des Datenschutzes in seinem Wirkungsbereich und haftet den anderen Vereinbarungspartnern gegenüber für Datenschutzverstößen in diesen. Die Vereinbarungspartner ergreifen alle erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, damit die Rechte der betroffenen Personen, insbesondere nach den Art. 12 bis 22 EU-DSGVO, innerhalb der gesetzlichen Fristen jederzeit gewährleistet werden können bzw. sind.
- (4) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich insbesondere, der betroffenen Person die gemäß Art. 13 und 14 EU-DSGVO erforderlichen Informationen ihres Wirkungsbereiches in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form in einer klaren und einfachen Sprache unentgeltlich zur Verfügung zu stellen, der Auskunftspflicht gemäß Art. 15 EU-DSGVO nachzukommen und diese gemäß Art. 15 EU-DSGVO zustehenden Auskünfte auf Nachfrage zur Verfügung zu stellen. Die Beteiligten stellen sich bei Bedarf die erforderlichen Informationen aus ihrem jeweiligen Wirkungsbereich gegenseitig zur Verfügung.
- (5) Betroffene Versicherte können die ihnen aus Art. 15 bis 22 EU-DSGVO zustehenden Rechte gegenüber den Vereinbarungspartnern geltend machen.
- (6) Soweit sich eine betroffene Person an einen der Vereinbarungspartner in Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte wendet, insbesondere wegen Auskunft oder Berichtigung und Löschung ihrer personenbezogenen Daten, verpflichten sich die Vereinbarungspartner dieses Ersuchen unverzüglich unabhängig von der Pflicht zur Gewährleistung des Betroffenenrechtes an die anderen Vereinbarungspartner weiterzuleiten.
- (7) Die Vertragsärzte und Vereinbarungspartner verpflichten sich, die im Rahmen dieser Vereinbarung bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise 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 Vereinbarungspartner verpflichten sich keine Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse zu veröffentlichen. Diese Verpflichtungen gelten über die Dauer dieser Vereinbarung hinaus.
- (8) Die Daten nach §§ 3, 4, 5, 7 und 8 dürfen nur im Rahmen der in der Vereinbarung genannten Zwecke verarbeitet, genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (9) Die Vertragsärzte und die Vereinbarungspartner sind verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Diese Verpflichtung reicht über das Vertragsende hinaus.
- (10) Die Vertragsärzte unterliegen hinsichtlich des Patienten und dessen Daten 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) Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2022 in Kraft. Durch den Abschluss dieser Vereinbarung tritt die bisher zwischen den Vertragsparteien bestehende Vereinbarung zur Umsetzung von § 7 Frühförderungsverordnung im Hinblick auf die Erstellung, Vergütung und Abrechnung des Förder- und Behandlungsplanes vom 19.01.2010 außer Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden. Das Recht zur außerordentlichen – auch fristlosen – Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Kündigungen bedürfen stets der Schriftform und müssen gegenüber allen Vertragspartnern erfolgen. Die Kündigung der Krankenkassen kann nur gemeinsam erfolgen. Eine Kündigung für die Ersatzkassen kann durch den Verband der Ersatzkassen (vdek) erfolgen.
- (4) Im Falle einer Kündigung gilt diese Vereinbarung weiter bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung, längstens jedoch für ein Jahr.
- (5) Die §§ 8 und 9 gelten auch nach Beendigung dieser Vereinbarung mit Wirkung für die Vereinbarungspartner fort, bis die Vergütung der durch die teilnehmenden Ärzte auf Grundlage dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen vollständig abgerechnet und ausbezahlt ist.
- (6) Bei Änderungen der gesetzlichen Regelungen bzw. der sonstigen Rahmenbedingungen zur Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder oder bei Modifizierung des EBM, welche die Leistungsinhalte dieser Vereinbarung betreffen, verpflichten sich die Vereinbarungspartner unverzüglich, diese Vereinbarung an die geänderten Regelungen bzw. Bedingungen anzupassen.

§ 12 sonstige Bestimmungen

- (1) Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform und sind einvernehmlich zwischen den Vereinbarungspartnern zu vereinbaren. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Die Vereinbarungspartner vereinbaren, dass E-Mail sowie die elektronische Form nach §§ 126 Abs. 3, 126a Abs. 1 BGB i. V. m. § 36a SGB I die Schriftform nicht wahren.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen oder Bestandteile dieser Vereinbarung unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird dadurch die Geltung dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Die Vereinbarungspartner sind vielmehr einander verpflichtet, jede(n) unwirksame(n)/undurchführbare(n) Bestimmung oder Bestandteil durch eine wirksame und durchführbare Regelung so zu ersetzen, dass dem Sinn und Zweck dieser Vereinbarung entsprochen wird. Das Entsprechende gilt für die Schließung planwidriger Vereinbarungslücken.
- (3) Wo personenbezogene Bezeichnungen im Maskulinum stehen, wird diese Form verallgemeinert verwendet und umfasst jeweils Personen jeglichen Geschlechts gleichermaßen.

Dresden, Erfurt, Frankfurt, Kassel, Mühlhausen, Weimar, den 01.03.2022

gez. AOK PLUS

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

gez. BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic
auch in Vertretung der im Rubrum genannten
anderen Innungskrankenkassen

gez. KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG),
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Landesverband Thüringen

gez. Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen