

Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V
über die
Versorgung kardiovaskulär erkrankter Patienten
(„CARDIO-Integral“)

zwischen

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes,
Herrn Rainer Striebel,
Sternplatz 7, 01067 Dresden
- im Folgenden „**AOK PLUS**“ genannt -

und

der Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik,
vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Jörg Scharfenberg,
Fetscherstr. 76, 01307 Dresden
- im Folgenden „**Herzzentrum**“ genannt -

sowie

der Praxisklinik Herz und Gefäße
Kardiologie • Angiologie • Radiologie • Nuklearmedizin
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, FA Innere Medizin / Kardiologie / Sportmedizin / ärztliches Qualitätsmanagement •
Dr. med. Rolf Dörr, FA Innere Medizin / Kardiologie / ärztliches Qualitätsmanagement •

Dr. med. Clemens T. Kadalie, FA Radiologische Diagnostik/ Nuklearmedizin
dr. med. László Károlyi, FA Innere Medizin / Kardiologie
Prof. Dr. med. habil. Gregor Simonis, FA Innere Medizin / Kardiologie / Intensivmedizin / Ärztliches Qualitätsmanagement

vertreten durch den Hauptgeschäftsführer Herrn Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer,
Forststraße 3, 01099 Dresden
- im Folgenden „**Praxisklinik**“ genannt -

und

der HÄVG Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft Aktiengemeinschaft,
vertreten durch den
Vorstand Dr. Axel Wehmeier und Martina Simon,
Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln,
- im Folgenden „**HÄVG**“ genannt –

diese unterstützt durch den

Sächsischen Hausärzteverband e. V.,
vertreten durch den Vorstand
Herrn Dr. Torben Ostendorf,
Neefestraße 88, 09116 Chemnitz

in der Fassung des 6. Nachtrages

	Seite
Präambel.....	3
§ 1 Ziele des Vertrages	4
§ 2 Gegenstand des Vertrages.....	4
§ 3 Geltungsbereich	5
§ 4 Teilnahme der Versicherten.....	5
§ 5 Teilnahme der Hausärzte	7
§ 6 Teilnahme der nichtinvasiv tätigen Fachärzte	9
§ 7 Teilnahme der invasiv tätigen Leistungserbringer	11
§ 8 Sicherstellung.....	12
§ 9 Versorgungsauftrag der Hausärzte	12
§ 10 Versorgungsauftrag der nichtinvasiv tätigen Fachärzte	13
§ 11 Versorgungsauftrag der invasiv tätigen Leistungserbringer	15
§ 12 Kooperation, Kommunikation und Zusammenarbeit der Leistungserbringer	16
§ 13 Leitlinien und Qualitätssicherung	16
§ 14 Lenkungsgremium und Qualitätsmanagement.....	17
§ 15 Vergütung.....	18
§ 16 Wirtschaftlichkeit	22
§ 17 Teilnehmerverzeichnisse	22
§ 18 Abrechnung.....	23
§ 19 Abrechnungsstellen	25
§ 20 Haftung.....	26
§ 21 Öffentlichkeitsarbeit	27
§ 22 Aufnahme anderer Leistungserbringer.....	27
§ 23 Wettbewerbsklausel, Beitritt anderer Krankenkassen	28
§ 24 Meistbegünstigungsklausel.....	28
§ 25 Besondere Versorgungsangebote	28
§ 26 Wissenschaftliche Begleitung	29
§ 27 Datenschutz	29
§ 28 Änderungen des Vertrages.....	30
§ 29 Einsatz eines Schlichters.....	30
§ 30 Vertragsdauer und Kündigung	31
§ 31 Salvatorische Klausel	32

Präambel

Das deutsche Gesundheitswesen ist bisher durch eine starke Trennung der ambulanten und stationären Versorgung gekennzeichnet. Darüber hinaus gibt es Defizite in der Zusammenarbeit zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung. Dadurch werden sowohl die Versorgungsqualität als auch die Effizienz der erbrachten Leistungen beeinträchtigt.

Mit diesem Vertrag zur Integrierten Versorgung soll eine interdisziplinäre Versorgung der Versicherten erreicht werden. Ziel sind fachübergreifende und sektorenübergreifende Verknüpfungen von nichtinvasiven und invasiven Leistungsinhalten im Freistaat Sachsen. Durch die Weiterentwicklung vorhandener Strukturen sollen patientenorientierte Versorgungsketten optimiert werden. Die Patienten werden mit individuellen Behandlungszielen und konkreten Übergabekriterien zwischen haus- und fachärztlicher sowie invasiv-kardiologischer Versorgung geführt. Damit entstehen Strukturen, die das DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) unterstützen. Durch diesen Vertrag wird eine kardiologische Versorgungskette für die betreffenden Versicherten - von der Betreuung beim Hausarzt bis zu einem eventuell notwendig werdenden Invasiv Eingriff - definiert.

Die Zusammenarbeit auf der Grundlage dieses Vertrages erfolgt unter der Bezeichnung CARDIO-Integral.

Im Rahmen dieses Vertrages werden die verwendeten Termini einheitlich wie folgt definiert:

1. *Vertragsparteien* sind die AOK PLUS, das Herzzentrum, die Praxisklinik sowie die HÄVG.
2. *Invasiv tätige Leistungserbringer* sind Leistungserbringer, die nach diesem Vertrag zur Erbringung von invasiv-kardiologischen Leistungen berechtigt sind.
3. *Nichtinvasiv tätige Fachärzte* sind
 - a) Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie oder Angiologie, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, jedoch keine invasiv-kardiologischen Leistungen erbringen,
 - b) die kardiologisch qualifizierten fachärztlich tätigen Internisten, d. h. Fachärzte für Innere Medizin, die die regelmäßige Betreuung von mindestens 300 Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen pro Quartal nachweisen, wovon mindestens 200 Patienten echokardiographisch untersucht worden sind
oder
Fachärzte für Innere Medizin, die eine besondere Genehmigung für die Echokardiographie nachweisen und regelmäßig mindestens 300 Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen pro Quartal betreuen,

die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen, jedoch keine invasiv-kardiologischen Leistungen erbringen sowie
 - c) die Hochschulambulanz des Universitätsklinikums C. G. Carus an der TU Dresden, Klinik für Kardiologie, die zur ambulanten Behandlung der Patienten gemäß § 117 Abs. 1 SGB V ermächtigt ist.
4. *Hausärzte* sind die Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V.
5. *Leistungserbringer* sind die invasiv tätigen Leistungserbringer, die nichtinvasiv tätigen Fachärzte sowie die Hausärzte.

§ 1 Ziele des Vertrages

- (1) Kurzfristig umsetzbare Ziele des Vertrages sind:
- eine verstärkte Zusammenarbeit der hausärztlichen und fachärztlichen Leistungserbringer auf dem Gebiet der Inneren Medizin, der Kardiologie und der Angiologie,
 - eine fachübergreifende und sektorenübergreifende Kooperation der Leistungserbringer,
 - die Optimierung der diagnostischen und therapeutischen Versorgung der Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen,
 - die Verknüpfung von Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Invasiv Eingriffen durch die Leistungserbringer,
 - die Organisation von Versorgungsketten für die kardiovaskuläre Versorgung,
 - die Versorgung nach ganzheitlichen Therapiezielen und
 - die Verknüpfung mit weiteren indikationsbezogenen Behandlungsprogrammen, insbesondere dem DMP KHK.
- (2) Mittelfristige Ziele des Vertrages sind:
- eine verstärkte Verzahnung der ambulanten mit der stationären Versorgung in der medizinischen und medikamentösen Behandlung kardiovaskulär erkrankter Patienten,
 - die Erhöhung der Qualität in der kardiovaskulären Medizin und
 - die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotentialen.
- (3) Für das Erreichen der Ziele des Vertrages bauen die Leistungserbringer eine Kooperation in der medizinischen und medikamentösen Behandlung von kardiovaskulär Erkrankten auf.

§ 2 Gegenstand des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V regelt die Zusammenarbeit zwischen den an der ambulanten Behandlung kardiovaskulär erkrankter Patienten beteiligten nichtinvasiv tätigen Fachärzten, Hausärzten, den invasiv tätigen Leistungserbringern und der AOK PLUS. Die Beschreibung der Versorgungskette der kardiovaskulär erkrankten Patienten erfolgt in Anlage 1. Eine effektivere und effiziente Nutzung der Ressourcen zur invasiv-kardiologischen Leistungserbringung erfolgt im Rahmen dieses Vertrages durch Kooperationsverträge.
- (2) Für die Versicherten der AOK PLUS, die am DMP KHK teilnehmen, sind die Regelungen des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V KHK (DMP KHK-Vertrag) gegenüber den Regelungen dieses Vertrages vorrangig. Dies gilt vor allem bei folgenden Bestimmungen dieses Vertrages:
- Anlage 1,
 - § 10 Abs. 4,
 - § 12 Abs. 3,
 - § 13 Abs. 1.

§ 3 Geltungsbereich

Der Vertrag gilt für Leistungserbringer mit Sitz im Freistaat Sachsen und für Versicherte der AOK PLUS, die bei Leistungserbringern mit Sitz im Freistaat Sachsen in Behandlung sind.

§ 4 Teilnahme der Versicherten - Einschlusskriterien

- (1) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der AOK PLUS, die aufgrund der bei ihnen vorliegenden akuten oder chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankung, der nichtinvasiven bzw. invasiven Behandlung entsprechend der Versorgungspfade bedürfen (Einschlusskriterien des Vertrages)
 - Ischämische Herzkrankheit,
 - Herzinsuffizienz,
 - Erkrankungen der Herzklappen,
 - Vorhoffarrhythmie,
 - ventrikuläre Tachykardien,
 - Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung/ periphere arterielle Verschlusskrankheit (Carotisstenose/Atherosklerose der hirnversorgenden Arterien, tiefe Venenthrombose (TVT) oder
 - Hypertonie.
- (2) Die Teilnahme am Vertrag ist für die Versicherten der AOK PLUS freiwillig und schränkt außerhalb der Teilnahme am Vertrag weder die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen ein. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters gemäß Anlage 2 sowie nach Prüfung der in Abs. 1 normierten Einschlusskriterien eine Bestätigung der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch einen nichtinvasiv tätigen Facharzt gemäß Anlage 2.
- (3) Die Einschreibung der Versicherten gemäß Abs. 2 erfolgt beim nichtinvasiv tätigen Facharzt, der die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 2) gemäß § 17 Abs. 4 an die AOK PLUS übersendet.
- (4) Mit der Einschreibung in diesen Vertrag wählt der Versicherte einen am Vertrag teilnehmenden behandelnden Hausarzt und nichtinvasiv tätigen Facharzt. Nimmt der Versicherte am Vertrag zur „Hausarztbasierten Integrierten Versorgung“ bzw. einem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK PLUS teil, ist dieser Hausarzt gleichzeitig der ihn im Rahmen dieses Vertrages betreuende Hausarzt. In Ausnahmefällen kann der Versicherte auf die Wahl eines behandelnden Hausarztes verzichten, wenn er am DMP KHK teilnimmt und in diesem Zusammenhang einen nichtinvasiv tätigen Facharzt als koordinierenden Arzt gewählt hat. Bei einem MVZ oder einer BAG wählt der Versicherte einen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt bzw. nichtinvasiv tätigen Facharzt aus dem MVZ oder der BAG. Der Versicherte hat sich zu verpflichten, den von den gewählten Ärzten vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diese Ärzte für die Behandlung der in Abs. 1 genannten Erkrankung aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während urlaubsbedingter Abwesenheit des Versicherten sowie für die Inanspruchnahme in Notfällen.
- (5) Im Falle einer notwendig werdenden invasiv-kardiologischen Leistungserbringung nimmt der Versicherte einen invasiv tätigen Leistungserbringer nach diesem Vertrag in Anspruch. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während urlaubsbedingter Abwesenheit

des Versicherten sowie für die Inanspruchnahme in Notfällen. Die Teilnahme des Versicherten am Vertrag bleibt davon unberührt.

- (6) Ein Wechsel der Ärzte (Hausarzt, nichtinvasiv tätiger Facharzt) ist grundsätzlich dann gegeben, wenn der Versicherte einen anderen Arzt wählt (Arztwechsel).

Ein Wechsel des Arztes entsteht auch dann, wenn sich die Zusammensetzung einer Arztpraxis (z. B. Eintritt oder Austritt von Partnern in ein(e) / aus einer/m Gemeinschaftspraxis / MVZ) ändert und der Versicherte weiterhin in der Gemeinschaftspraxis/im MVZ von einem anderen Arzt) betreut wird.

Die dadurch erforderliche Neuordnung des gewählten Arztes erfolgt durch die erneute Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) durch den Versicherten beim Facharzt. Dadurch stimmt der Versicherte dem Arztwechsel zu. Ist ein Hausarzt betroffen, informiert dieser die HÄVG gemäß § 5 Abs. 11 unverzüglich über diese Sachverhalte.

- (7) Im Rahmen dieses Vertrages kann der Versicherte seine gewählten Ärzte (Hausarzt und nichtinvasiv tätiger Facharzt) grundsätzlich, erstmals nach 12 Monaten, wechseln. Der Arztwechsel wird zum jüngsten auf der TE/EWE angegebenen Datum bzw. entsprechend der Mitteilung des Versicherten wirksam. In Ausnahmen ist ein nicht fristgebundener Arztwechsel insbesondere in folgenden Fällen zulässig:

- Umzug des Versicherten/des Hausarztes/des nichtinvasiv tätigen Facharztes,
- Beendigung der Teilnahme des Hausarztes und/oder des nichtinvasiv tätigen Facharztes,
- dauerhaft gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis.

In diesen Fällen kann der Versicherte auch die Beendigung seiner Teilnahme erklären, wenn z. B. in seiner Wohnortnähe keine an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte niedergelassen sind. Die Beendigung ist in Form einer Kündigung schriftlich gegenüber der AOK PLUS einzureichen.

- (8) Bei einem Arztwechsel (Hausarzt bzw. nichtinvasiv tätiger Facharzt) ist unverzüglich eine Erklärung oder eine schriftliche Mitteilung des Versicherten an die AOK PLUS erforderlich. Die AOK PLUS teilt den Wechsel des Hausarztes der HÄVG in dem nach § 17 Abs. 6 zu erstellenden Verzeichnis mit. Bei einem Facharztwechsel füllt der Versicherte die Einschreibeunterlagen beim neu gewählten nichtinvasiv tätigen Facharzt erneut aus. Der neu gewählte nichtinvasiv tätige Facharzt fordert von dem betreuenden Hausarzt bzw. von dem bisher betreuenden nichtinvasiv tätigen Facharzt die den Versicherten betreffenden Patientenunterlagen an.

- (9) Der Versicherte kann im Rahmen dieses Vertrages nur einen betreuenden Hausarzt und einen nichtinvasiv tätigen Facharzt wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter im selben Quartal bei verschiedenen nichtinvasiv tätigen Fachärzten eingeschrieben bzw. sich für verschiedene betreuende Hausärzte entschieden hat, ohne dies als Arztwechsel kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS an den Versicherten, sich für einen betreuenden nichtinvasiv tätigen Facharzt bzw. Hausarzt zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen. Betrifft die Entscheidung den Hausarzt, unterrichtet die AOK PLUS unverzüglich die HÄVG, die die betroffenen Hausärzte informiert. Betrifft die Entscheidung den nichtinvasiv tätigen Facharzt, informiert die AOK PLUS den betreffenden Arzt.

- (10) Die Nichteinhaltung der vertraglichen Verpflichtungen durch den Versicherten kann zur Beendigung seiner Teilnahme durch die AOK PLUS führen. Der Versicherte kann sich

innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut in CARDIO-Integral einschreiben.

- (11) Die Teilnahme dauert mindestens 12 Monate und verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Quartal, wenn der Versicherte seine Teilnahme nicht spätestens 2 Monate vor Ablauf des Kalenderquartals gegenüber der AOK PLUS kündigt.
- (12) Die Teilnahme des Versicherten endet ohne Kündigung des Versicherten nach Abs. 11 bei einem dauerhaften Wechsel zu einem Hausarzt bzw. nichtinvasiv tätigen Facharzt, der nicht an diesem Vertrag teilnimmt. Darüber hinaus scheidet der Versicherte aus diesem Vertrag aus, wenn der Hausarzt bzw. der nichtinvasiv tätige Facharzt seine Teilnahme beendet und der Versicherte in diesem Fall keinen neuen teilnehmenden Hausarzt bzw. nichtinvasiv tätigen Facharzt wählt. Die Teilnahme des Versicherten endet auch ohne Kündigung, wenn der nichtinvasiv tätige Facharzt im Rahmen der Diagnosesicherung feststellt, dass die medizinischen Voraussetzungen des Abs. 1 nicht mehr vorliegen.
- (13) Die Erklärungen gemäß Anlage 2 werden durch die AOK PLUS 10 Jahre nach der Einschreibung des Versicherten bzw. nach Erklärungsbeginn vernichtet.
- (14) Sofern im Rahmen dieser Versorgung eine Patientenbefragung durchgeführt wird, erfolgt diese in anonymisierter Form (d.h. ohne Personenbezug). Die Teilnahme der Versicherten an dieser Befragung ist freiwillig.
- (15) Für die invasiv-kardiologische Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages gelten für Versicherte, welche vor dem 01.03.2008 an CARDIO-Integral ihre Teilnahme erklärt haben, zusätzlich die Regelungen des Absatzes 16.
- (16) Voraussetzung für die invasiv-kardiologische Behandlung im Rahmen dieses Vertrages ist eine schriftliche Erklärung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters. Diese Erklärung kann bis zu 48 Stunden nach Beginn der invasiv-kardiologischen Behandlung erfolgen. Die schriftliche Erklärung des Versicherten erfolgt beim invasiv tätigen Leistungserbringer. Näheres dazu regeln die Kooperationsverträge.

§ 5

Teilnahme der Hausärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind Hausärzte, hausärztlich tätige angestellte Ärzte eines MVZ oder eines Vertragsarztes, die die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen, ihre Teilnahme gegenüber der HÄVG erklärt und eine Teilnahmebestätigung erhalten haben.
- (2) Teilnahmevoraussetzungen sind folgende Kriterien bzw. zukunftsgerichtete Verpflichtungen:
 - a) Praxisausstattung gemäß und nach den Maßgaben der Anlage 3, I. Abschnitt, Nr. 1,
 - b) Praxis bzw. Sitz im Freistaat Sachsen,
 - c) Durchführung und Auswertung von 24h-Langzeitblutdruckmessungen,
 - d) Vorhandensein einer Personenwaage,
 - e) fakultativ: Durchführung und Auswertung von Ergometrie,
 - f) fakultativ: Vorhandensein eines Langzeit-EKG-Recorders,
 - g) Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,

- h) Bereitschaft zur Teilnahme an einem zwischen den Vertragsparteien konzipierten elektronischen Datenaustausch sowie
- i) Teilnahme am DMP KHK.

Die apparativen Teilnahmevoraussetzungen sind an die entsprechende Einhaltung der Regelungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der weiterführenden Verordnungen sowie des Gesetzes über das Mess- und Eichwesen und die Eichordnung gebunden.

Bei einem MVZ oder einer Gemeinschaftspraxis sind die Teilnahmevoraussetzungen der Buchstaben a), c), e), g), h) und i) von jedem Hausarzt persönlich zu erfüllen.

- (3) Die Beschreibung des Datenaustausches gemäß Abs. 2 inklusive einer ggf. damit verbundenen Erweiterung der Praxisausstattung ist zwischen den Vertragsparteien gesondert zu vereinbaren (Anlage 3).
- (4) Darüber hinaus sind die Hausärzte zur Teilnahme an regelmäßiger hausärztlicher Fortbildung, einschließlich Qualitätszirkelarbeit, unter Beachtung der vom Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) zertifizierten Fortbildungsangebote sowie der festgelegten Fortbildungsstruktur (Anlage 19) verpflichtet. Die Hausärzte haben der HÄVG pro Kalenderjahr 50 Fortbildungspunkte, davon 20 durch von den Vertragsparteien empfohlene Veranstaltungen, nachzuweisen. Fortbildungsschwerpunkte aus anderen Verträgen der AOK PLUS werden angerechnet. Die HÄVG wird den teilnehmenden Hausärzten zur Erfüllung der vorstehend geregelten und sich an § 95d SGB V ausgerichteten Fortbildungspflichten ein Fortbildungskonto anbieten.
- (5) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist von den Hausärzten gegenüber der HÄVG schriftlich zu erklären (Anlage 4). Jeder Erklärung ist eine Bestätigung über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 2 beizufügen. Der Hausarzt verpflichtet sich in der Erklärung gegenüber der HÄVG, die in diesem Vertrag für ihn jeweils geltenden Rechte und Pflichten anzuerkennen und einzuhalten. Bei einem MVZ oder einer Anstellung gemäß § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V hat der ärztliche Leiter bzw. der anstellende Arzt die Teilnahmeerklärung gemeinsam mit dem die Teilnahme erklärenden Hausarzt zu unterzeichnen. Damit nimmt dieser Hausarzt des MVZ bzw. der Praxis teil.
- (6) Die Teilnahme der Hausärzte beginnt mit dem Tag der Einschreibung und wird durch die HÄVG schriftlich bestätigt. Die HÄVG kann die Teilnahmebestätigung nur aus wichtigem Grund verweigern. Ein wichtiger Grund ist insbesondere das Fehlen der Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 2.
- (7) Die Teilnahme ist auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt. Sie endet im Übrigen nach Maßgabe der Regelungen in den Absätzen 8 bis 10.
- (8) Der Hausarzt kann seine Teilnahme am Vertrag gegenüber der HÄVG kündigen. Die Kündigung kann jeweils mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich zum Ende eines jeden Kalenderjahres erfolgen.
- (9) Sollten die Vertragsparteien Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen, sind diese durch die HÄVG dem Hausarzt mitzuteilen. In diesem Fall hat der Hausarzt die Möglichkeit, innerhalb von vier Wochen ab Bekanntgabe durch die HÄVG die Teilnahme zum Quartalsende zu kündigen, wenn er von der Änderung oder Ergänzung betroffen ist und deshalb seine Teilnahme beenden will. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der HÄVG zu erfolgen. Die HÄVG informiert die AOK PLUS unverzüglich über die Kündigung des Hausarztes.

- (10) Grundsätzlich führt die Nichterfüllung von Verpflichtungen gemäß Anlage 5 als teilnehmender Hausarzt zum Ausschluss der Teilnahme an diesem Vertrag. Der Ausschluss wird zum Ende des Quartals der Bekanntgabe der Entscheidung der Vertragsparteien über den Ausschluss wirksam. Näheres zu den Ausschlusskriterien und dem dazu gehörigen Verfahren regeln die Vertragsparteien in der Anlage 5. Sonstige Ansprüche bleiben unberührt.
- (11) Im Falle der Beendigung der Teilnahme eines Hausarztes an diesem Vertrag hat die AOK PLUS die betroffenen Versicherten hierüber zu unterrichten.
- (12) Scheidet der Hausarzt aus der hausärztlichen Versorgung aus (z. B. durch Praxisaufgabe, Praxisverkauf, Wechsel in den fachärztlichen Versorgungsbereich), hat dieser unverzüglich schriftlich die HÄVG zu unterrichten. Gleiches gilt bei einer Änderung innerhalb einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ (z. B. Ausscheiden des Arztes, Aufnahme des Arztes, Praxisauflösung). Die HÄVG informiert die AOK PLUS hierüber. Der Hausarzt hat darüber hinaus die HÄVG über die Änderung seiner Stammdaten (insbesondere Adresse, Bankverbindung) unverzüglich schriftlich zu informieren. Verstirbt ein Hausarzt, informieren sich die HÄVG und die AOK PLUS gegenseitig.

§ 6

Teilnahme der nichtinvasiv tätigen Fachärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind nichtinvasiv tätige Fachärzte und nichtinvasiv tätige angestellte Fachärzte eines MVZ oder eines Vertragsarztes, die die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen, dem Vertrag beigetreten sind und eine schriftliche Bestätigung der AOK Sachsen oder der AOK PLUS erhalten haben.
- (2) Teilnahmevoraussetzungen sind folgende Kriterien bzw. zukunftsgerichtete Verpflichtungen:
 - a) Praxis bzw. Sitz im Freistaat Sachsen,
 - b) Teilnahme am DMP KHK mit Ausnahme der Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie,
 - c) Praxisausstattung gemäß und nach den Maßgaben der Anlage 3 und 3a,
 - d) Möglichkeit zur EDV-technischen Abrechnung,
 - e) Durchführung und Auswertung von Ergometrie, Echokardiographie (mit Ausnahme der Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie), Langzeit-EKG sowie 24h-Langzeitblutdruckmessungen,
 - f) Vorhandensein einer Personenwaage,
 - g) fakultativ: Durchführung und Auswertung von Stress-Echokardiographie, Spirometrie sowie Duplex-Sonographie,
 - h) fakultativ: Durchführung von HSM-/ICD-Kontrollen,
 - i) Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird sowie
 - j) Bereitschaft zur Teilnahme an einem zwischen den Vertragsparteien konzipierten elektronischen Datenaustausch,
 - k) Fortbildung Anlage 19.

Der nichtinvasiv tätige Facharzt ist zur Nutzung einer vertragsspezifischen Software (Vertragssoftware stets in der aktuellen Version, inklusive der dazu erforderlichen Hardware) gemäß Anlage 3 und 3a spätestens nach entsprechender Ausstattung der

Praxis verpflichtet. Die Ausstattung der Praxis hat, bis spätestens zum 30.09.2012 zu erfolgen. Die Teilnahme des nichtinvasiv tätigen Facharztes an diesem Vertrag endet nach Maßgabe des II. Abschnitts der Anlage 3 mit Ablauf des 30.06.2012, sofern er diese Voraussetzungen nicht bis zum Stichtag erfüllt.

Die apparativen Teilnahmevoraussetzungen sind an die entsprechende Einhaltung der Regelungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der weiterführenden Verordnungen sowie des Gesetzes über das Mess- und Eichwesen und die Eichordnung gebunden.

Bei einem MVZ oder einer BAG sind die Teilnahmevoraussetzungen der Buchstaben b), e), g) bis j) von jedem nichtinvasiv tätigen Facharzt persönlich zu erfüllen.

- (3) Die Beschreibung des Datenaustausches gemäß Abs. 2 inklusive einer ggf. damit verbundenen Erweiterung der Praxisausstattung ist zwischen den Vertragsparteien gesondert zu vereinbaren (Anlage 3).
- (4) Nichtinvasiv tätige Fachärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen wollen, unterzeichnen die Beitrittserklärung gemäß Anlage 6 und treten damit dem Vertrag bei. Der Beitritt ist schriftlich gegenüber der AOK PLUS anzuzeigen. Jeder Beitrittserklärung ist der Nachweis bzw. die Bestätigung über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 2 beizufügen. Mit dem Beitritt verpflichtet sich der nichtinvasiv tätige Facharzt, die in diesem Vertrag für ihn jeweils geltenden Rechte und Pflichten anzuerkennen und einzuhalten. Die AOK PLUS stellt bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 2 eine schriftliche Bestätigung aus. Bei einem MVZ oder einer Anstellung gemäß § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V hat der ärztliche Leiter bzw. der anstellende Arzt die Teilnahmeerklärung gemeinsam mit dem die Teilnahme erklärenden nichtinvasiv tätigen Facharzt zu unterzeichnen. Damit nimmt dieser nichtinvasiv tätige Facharzt des MVZ bzw. der Praxis teil.
- (5) Die Teilnahme der nichtinvasiv tätigen Fachärzte beginnt mit dem Tag des Zugangs der schriftlichen Bestätigung der AOK PLUS. Die Bestätigung gilt am 3 Tage nach der Aufgabe zur Post als zugegangen. Die AOK PLUS kann die Bestätigung nur aus wichtigem Grund verweigern. Ein wichtiger Grund ist insbesondere das Fehlen der Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 2.
- (6) Mit Unterzeichnung dieses Vertrages stimmen die Vertragsparteien dem Beitritt der nichtinvasiv tätigen Fachärzte zu, sofern und solange sie die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 2 erfüllen. Die beigetretenen nichtinvasiv tätigen Fachärzte sind keine originären Vertragsparteien und nehmen nicht an Vertragsverhandlungen teil.
- (7) Darüber hinaus sind die nichtinvasiv tätigen Fachärzte zur Teilnahme an mindestens zwei Fortbildungen, einschließlich Qualitätszirkelarbeit, gemäß Anlage 19 pro Jahr verpflichtet. Die nichtinvasiv tätigen Fachärzte haben entsprechende Zertifikate über die Teilnahme an diesen Fortbildungen aufzubewahren und auf Verlangen der AOK PLUS vorzulegen.
- (8) Die Teilnahme ist auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt. Sie endet im Übrigen nach Maßgabe der Regelungen in den Absätzen 9 bis 11.
- (9) Der nichtinvasiv tätige Facharzt kann seine Teilnahme am Vertrag gegenüber der AOK PLUS kündigen. Die Kündigung kann jeweils mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich zum Ende eines jeden Kalenderjahres erfolgen.
- (10) Sollten die Vertragsparteien Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen, hat der nichtinvasiv tätige Facharzt die Möglichkeit, innerhalb von vier Wochen ab Bekanntgabe durch die AOK PLUS die Teilnahme zum Quartal-

sende zu kündigen, wenn er von der Änderung oder Ergänzung betroffen ist und deshalb seine Teilnahme beenden will. Die Kündigung hat schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen.

- (11) Grundsätzlich führt die Nichterfüllung von Verpflichtungen gemäß Anlage 5 als nichtinvasiv tätiger Facharzt zum Ausschluss der Teilnahme an diesem Vertrag. Der Ausschluss wird zum Ende des Quartals der Bekanntgabe der Entscheidung der Vertragsparteien über den Ausschluss wirksam. Näheres zu den Ausschlusskriterien und dem dazugehörigen Verfahren regeln die Vertragsparteien in der Anlage 5. Sonstige Ansprüche bleiben unberührt.
- (12) Im Falle der Beendigung der Teilnahme eines nichtinvasiv tätigen Facharztes an diesem Vertrag hat die AOK PLUS die jeweils bei diesem nichtinvasiv tätigen Facharzt eingeschriebenen Versicherten hierüber zu unterrichten.

§ 7

Teilnahme der invasiv tätigen Leistungserbringer

- (1) Teilnahmeberechtigt sind die invasiv tätigen Leistungserbringer, die die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen, mit Zustimmung der Vertragsparteien dem Vertrag beigetreten sind und eine schriftliche Bestätigung der AOK Sachsen oder der AOK PLUS erhalten haben.
- (2) Als Teilnahmevoraussetzungen gelten folgende Kriterien:
 - Erfüllung der in § 6 Abs. 2 genannten Kriterien und zukunftsgerichteten Verpflichtungen. Die Vertragsparteien sind sich einig, dass für das Herzzentrum, das Klinikum Chemnitz und das Städtische Klinikum Görlitz eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung weder beantragt noch erteilt werden muss.
 - Abschluss eines Kooperationsvertrages mit der AOK Sachsen oder der AOK PLUS über die Erbringung invasiv-kardiologischer Leistungen gemäß § 11, als Kooperationsvertrag im Sinne dieses Vertrages gilt auch der mit dem Herzzentrum Dresden und der Praxisklinik Herz und Gefäße geschlossene Modellvertrag zu ausgewählten kardiologischen Leistungen im Freistaat Sachsen,
 - Zustimmung aller Vertragsparteien. Die AOK PLUS informiert die Vertragsparteien schriftlich über den Teilnahmewunsch von weiteren invasiv tätigen Leistungserbringern und gewährt auf Verlangen die Einsichtnahme in die Kooperationsverträge. Diese Einsichtnahme erfolgt im Hause der AOK PLUS und erstreckt sich nicht auf die vereinbarten Vergütungen der jeweiligen Leistungen. Die Zustimmung gilt außerhalb des ehemaligen Regierungsbezirkes Dresden als erteilt, sofern nicht begründete Zweifel an der Eignung der invasiv tätigen Leistungserbringer innerhalb von 14 Kalendertagen nach Zugang der Information durch eine Vertragspartei geäußert werden. Eine Zustimmung für die Teilnahme des Herzzentrums Dresden und der Praxisklinik Herz und Gefäße ist aufgrund ihrer Rolle als Vertragspartei im Rahmen dieses Vertrages nicht notwendig.
- (3) Die invasiv tätigen Leistungserbringer erfüllen die definierten fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen sowie besondere Qualitätsanforderungen gemäß den Anlagen 7a und 7b. Das Nähere richtet sich nach den Bestimmungen des Kooperationsvertrages.
- (4) Invasiv tätige Leistungserbringer, die an diesem Vertrag teilnehmen wollen, unterzeichnen die Beitrittserklärung gemäß Anlage 7. Jeder Beitrittserklärung ist der Nachweis bzw. die Bestätigung über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 2 beizufügen. Mit dem Beitritt verpflichten sich die invasiv tätigen Leistungserbrin-

ger, die in diesem Vertrag für sie jeweils geltenden Rechte und Pflichten anzuerkennen und einzuhalten. Die AOK PLUS stellt bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 2 und 3 eine schriftliche Bestätigung aus. § 6 Abs. 5 bis 10 finden entsprechende Anwendung.

- (5) Mit Unterzeichnung dieses Vertrages stimmen die Vertragsparteien dem Beitritt der Gemeinschaftspraxis Ullrich & Dr. Gabel und dem Städtischen Klinikum Görlitz als invasiv tätige Leistungserbringer auf Basis des Kooperationsvertrages der AOK PLUS oder der AOK Sachsen mit der Gemeinschaftspraxis Ullrich & Dr. Gabel, dem Städtischen Klinikum Görlitz und dem Malteser Krankenhaus St. Carolus vom 01.08.2006 zu. Die Zustimmung gilt ebenso erteilt für den Beitritt des Klinikums Chemnitz und des MVZ am Küchwald auf Basis des Kooperationsvertrages der AOK Sachsen mit dem Klinikum Chemnitz und dem MVZ am Küchwald vom 08.08.2006. Des Weiteren gilt die Zustimmung für den Beitritt des Klinikums Chemnitz und der Gemeinschaftspraxis Schubert/ /Jurowsky/Gerner/Sek/Rose auf Basis des Kooperationsvertrages der AOK PLUS mit dem Klinikum Chemnitz und der Gemeinschaftspraxis Schubert/ Jurowsky/Gerner/Sek/Rose vom 01.05.2008 als erteilt. Der Praxisklinik, dem Herzzentrum und der HÄVG wird die Einsichtnahme in diese Verträge gewährt. Diese Einsichtnahme erstreckt sich nicht auf die vereinbarten Vergütungen der jeweiligen Leistungen. Bei Änderungen dieser Kooperationsverträge informiert die AOK PLUS schriftlich die anderen Vertragsparteien und gewährt erneut die Einsichtnahme. Gleiches gilt vor Abschluss neuer Kooperationsverträge gemäß Abs. 2.
- (6) Die beigetretenen invasiv tätigen Leistungserbringer sind keine originären Vertragsparteien und nehmen nicht an Vertragsverhandlungen teil.

§ 8 Sicherstellung

Mit diesem Vertrag wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gemäß § 75 Abs. 1 SGB V im Übrigen nicht vermindert bzw. eingeschränkt.

§ 9 Versorgungsauftrag der Hausärzte

- (1) Die Hausärzte melden die Versicherten unter Beachtung der Regelungen in Anlage 8a dieses Vertrages beim nichtinvasiv tätigen Facharzt zur Mit- und Weiterbehandlung an und vermerken auf der Überweisung ihre eigene Teilnahme an diesem Vertrag.
- (2) Im Rahmen dieses Vertrages kontrollieren die Hausärzte die Einhaltung der vom nichtinvasiv tätigen Facharzt bzw. invasiv tätigen Leistungserbringer definierten Ziele und wirken auf deren Erreichung hin. In diesem Zusammenhang soll die vom nichtinvasiv tätigen Facharzt bzw. invasiv tätigen Leistungserbringer vorgeschlagene Therapie unter Berücksichtigung der eventuell bestehenden Begleiterkrankungen fortgeführt werden. Die Hausärzte haben die Versorgungspfade gemäß den Anlagen 20a bis 20h zu beachten. Bei unterschiedlichen Auffassungen gilt § 12 Abs. 5. Die Hausärzte sind des Weiteren verpflichtet, die vom nichtinvasiv tätigen Facharzt unter Berücksichtigung von § 10 Abs. 2 angegebenen Wiedervorstellungstermine zu beachten.
- (3) Bei der Durchführung von 24h-Langzeitblutdruckmessungen mit einem eigenen Langzeitblutdruckmessgerät führen die Hausärzte die Dokumentation der ausgewerteten Ergebnisse in der Patientenakte in besonderer Weise durch um diese gem. Anlage 8a an den nichtinvasiv tätigen Facharzt bzw. invasiv tätigen Leistungserbringer weiterzuleiten. Die AOK PLUS ist, ggf. unter Einbeziehung eines externen Dritten berechtigt, stichprobenartig zu prüfen, ob die besondere Dokumentation vorgenommen wurde.

- (4) Ist nach der Schwere des Krankheitsbildes eine zeitnahe invasiv-kardiologische Leistung medizinisch notwendig, übernehmen die Hausärzte, in Zusammenhang mit der Überweisung/Einweisung des Versicherten an den invasiv tätigen Leistungserbringer, die Terminabstimmung für den Invasiv Eingriff und teilen dem Versicherten diesen Termin mit.
- (5) Die Hausärzte gewährleisten eine vollständige Übermittlung der gemäß Anlage 8a erforderlichen Daten. Die Befundübermittlung zu den nichtinvasiv tätigen Fachärzten erfolgt zunächst als Kopie bzw. auf Datenträger. Nach Umsetzung des elektronischen Datenaustausches gemäß § 5 Abs. 3 erfolgt die Befundübermittlung auf diesem Wege.
- (6) Die Hausärzte verpflichten sich, die betreffenden Versicherten unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien über die Teilnahme am DMP KHK zu informieren und zu beraten sowie bei deren freiwilliger Entscheidung zur Teilnahme am DMP KHK die Einschreibung zu unterstützen.
- (7) Darüber hinaus verpflichten sich die Hausärzte, als koordinierende Vertragsärzte nach § 3 des DMP KHK-Vertrages die Betreuung der eingeschriebenen Versicherten im Rahmen des DMP KHK kontinuierlich in Abstimmung mit den nichtinvasiv tätigen Fachärzten sicherzustellen und zu koordinieren. Die Hausärzte haben alle Dokumentationen entsprechend den jeweils festgelegten Dokumentationsintervallen vollständig, plausibel und fristgerecht durchzuführen.
- (8) Ist eine dringende Behandlung gemäß Anlage 17 erforderlich, übernimmt der Hausarzt die entsprechende Diagnostik und Dokumentation gemäß Anlage 17 und klärt das weitere Vorgehen mit dem nichtinvasiv tätigen Facharzt ab.
- (9) Im Rahmen der Verordnung von Medikamenten sind die in Anlage 9 festgeschriebenen Empfehlungen sowie die vereinbarten Quoten der Leitsubstanzen unbeschadet der ärztlichen Therapiefreiheit zu beachten. Die AOK PLUS informiert jeden Hausarzt quartalsbezogen über sein Ordnungsverhalten und die Erreichung der in Anlage 9 genannten indikationsbezogenen Ziele.

§ 10

Versorgungsauftrag der nichtinvasiv tätigen Fachärzte

- (1) Die nichtinvasiv tätigen Fachärzte erbringen im Rahmen der Erstbetreuung folgende Leistungen:
 - a) Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten nach § 4 Abs. 1 und Unterstützung bei der Einschreibung bei deren freiwilliger Entscheidung zur Teilnahme,
 - b) erweiterte Diagnostik auf Grundlage der vom Hausarzt formulierten Fragestellung bzw. Leistungen im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung gemäß Anlage 17,
 - c) „Rücküberweisung“ zum Hausarzt mit Übermittlung der Befunde und Unterlagen sowie der Therapieempfehlung gemäß Anlage 8c.
- (2) Die nichtinvasiv tätigen Fachärzte erbringen im Rahmen der laufenden Betreuung folgende Leistungen:
 - a) Behandlung im Rahmen der Wiedervorstellung,
 - b) „Rücküberweisung“ zum Hausarzt mit Übermittlung der Befunde und Unterlagen sowie der Therapieempfehlung gemäß Anlage 8c,
 - c) Behandlung nach einem invasiv-kardiologischen Eingriff unter Beachtung der vorgeschlagenen Therapie einschließlich der vorgeschlagenen Medikation.

- (3) Ergibt sich aus medizinischer Sicht die Notwendigkeit eines Invasiv Eingriffs, erbringen die nichtinvasiv tätigen Fachärzte zur Vorbereitung der invasiv-kardiologischen Behandlung der Versicherten folgende Leistungen:
 - a) Überweisung/Einweisung zur invasiv-kardiologischen Behandlung bei medizinischer Notwendigkeit,
 - b) Abstimmung des Termins des Invasiv Eingriffs mit dem invasiv tätigen Leistungserbringer,
 - c) Übermittlung der Befunde und Unterlagen gemäß Anlage 8b,
 - d) vollständige Aufklärung des Versicherten wegen des bevorstehenden Invasiv Eingriffs und Dokumentation der Aufklärung,
 - e) Einholung der Einverständniserklärung des Versicherten für den geplanten Invasiv Eingriff.
- (4) Die nichtinvasiv tätigen Fachärzte legen zur Zielsicherung mit dem Versicherten gemeinsam Weiterbehandlungsziele und Übergabekriterien fest. Bereits vorhandene Ziele sind zu überprüfen und ggf. anzupassen. Im Rahmen der „Rücküberweisung“ zum Hausarzt sind diesem die Ziele sowie Hinweise zur körperlichen Belastbarkeit bzw. Arbeitsfähigkeit zur Verfügung zu stellen (Anlage 8c). Die nichtinvasiv tätigen Fachärzte haben die Versorgungspfade gemäß den Anlagen 20a bis 20h zu beachten. Bei Versicherten, die im DMP KHK eingeschrieben sind, sind die Vorgaben des DMP KHK-Vertrages zu beachten.
- (5) Die jeweilige Befundübermittlung gemäß Abs. 1 bis Abs. 3 erfolgt zunächst als Kopie bzw. auf Datenträger. Nach Umsetzung des elektronischen Datenaustausches gemäß § 6 Abs. 3 erfolgt die Befundübermittlung auf diesem Wege.
- (6) Im Übrigen verpflichten sich die nichtinvasiv tätigen Fachärzte, die Versicherten unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien über die Teilnahme am DMP KHK zu informieren und zu beraten sowie bei deren freiwilliger Entscheidung zur Teilnahme am DMP KHK die Einschreibung zu unterstützen.
- (7) Die Praxisklinik, die Gemeinschaftspraxis Ullrich & Dr. Gabel, das MVZ am Küchwald sowie die Klinik im Herzzentrum, die zur ambulanten Behandlung gemäß § 117 Abs. 1 SGB V ermächtigt ist, können aufgrund ihrer Struktur Leistungen der nichtinvasiv tätigen Fachärzte erbringen.
- (8) Die Behandlung durch den nichtinvasiv tätigen Facharzt ist in Abhängigkeit von der Schwere des Krankheitsbildes, jedoch grundsätzlich innerhalb von vier Wochen nach Anmeldung durchzuführen. Eine zeitnahe Terminvergabe im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung regelt Anlage 17 gesondert.
- (9) Im Rahmen der Verordnung von Medikamenten sind die in Anlage 9 festgeschriebenen Empfehlungen sowie die vereinbarten Quoten der Leitsubstanzen unbeschadet der ärztlichen Therapiefreiheit zu beachten. Die AOK PLUS informiert jeden nichtinvasiv tätigen Facharzt quartalsbezogen über sein Ordnungsverhalten und die Erreichung der in Anlage 9 genannten indikationsbezogenen Ziele.

§ 11

Versorgungsauftrag der invasiv tätigen Leistungserbringer

- (1) Die invasiv tätigen Leistungserbringer erbringen im Rahmen dieses Vertrages folgende Leistungen:
 - a) Sicherung der festgestellten Diagnose, ggf. erweiterte Diagnostik auf Grundlage der vom Hausarzt oder vom nichtinvasiv tätigen Facharzt formulierten Fragestellung,
 - b) Einwirken auf eine vollständige Übermittlung der Vordiagnostikdaten,
 - c) Durchführung invasiv-kardiologischer Leistungen, insbesondere interventionelle Katheterdiagnostik und -therapie, Elektrokardiologie, ggf. gesonderte Leistungen zur bildgebenden Diagnostik,
 - d) die notwendige medizinische Betreuung, einschließlich des Aufenthaltes zur Vorbereitung und nach Durchführung der invasiv-kardiologischen Maßnahme der behandelten Versicherten,
 - e) Sicherstellung der prozedurbezogen notwendigen Nachbetreuung,
 - f) medikamentöse Ersteinstellung nach der invasiv-kardiologischen Leistungserbringung,
 - g) „Rücküberweisung“ an den weiterbehandelnden nichtinvasiv tätigen Facharzt bzw. Hausarzt mit Übermittlung der Befunde und Unterlagen gemäß Anlage 8d. Die Befundübermittlung erfolgt zunächst als Kopie bzw. auf Datenträger. Nach Umsetzung des elektronischen Datenaustausches gemäß § 6 Abs. 3 erfolgt die Befundübermittlung auf diesem Wege,
 - h) Unterrichtung der weiterbehandelnden Ärzte über die durchgeführte Behandlung, um das anschließende Versorgungsmanagement - insbesondere im Rahmen des DMP KHK - zu gewährleisten,
 - i) Mit dem Versicherten gemeinsam werden die Weiterbehandlungsziele und die Übergabekriterien festgelegt. Bereits vorhandene Ziele sind zu überprüfen und ggf. anzupassen. Im Rahmen der „Rücküberweisung“ zum Hausarzt oder zum nichtinvasiv tätigen Facharzt gemäß Anlage 8d sind diesem die Ziele sowie Hinweise zur körperlichen Belastbarkeit sowie Arbeitsfähigkeit zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die Praxisklinik und das Herzzentrum erbringen die in Abs. 1 festgelegten Leistungen für Versicherte der AOK PLUS im gesamten Freistaat Sachsen. Die Vertragsparteien sind sich einig, dass das Herzzentrum diese Leistungen als Institut erbringt. Daneben erbringen die beigetretenen invasiv tätigen Leistungserbringer die in Abs. 1 festgelegten Leistungen für invasiv-kardiologische Leistungen aus den mit der AOK PLUS abgeschlossenen Kooperationsverträgen nach § 7 Abs. 2 für Versicherte mit Wohnsitz in den nachfolgend definierten Regionen:
 - Stadt Görlitz, Landkreis Löbau, Dr. Gabel und Städtisches Klinikum Görlitz
 - Chemnitz/Stadt sowie die Landkreise Mittelsachsen, Erzgebirgskreis, Zwickau und Vogtlandkreis: MVZ am Küchwald sowie die Gemeinschaftspraxis Dres. Schubert/Gerner/Jurowsky/Sek/Rose und Klinikum Chemnitz.Etwas anderes gilt nur, wenn der Wille des Versicherten entgegensteht.
- (3) Die invasiv tätigen Leistungserbringer führen mindestens einmal jährlich einen von der pharmazeutischen und Medizinprodukte-Industrie unabhängigen Qualitätszirkel durch. Die Leitung obliegt der Praxisklinik und dem Herzzentrum. In diesen Qualitätszirkeln werden die nach Abs. 4 durchzuführenden regionalen Fallkonferenzen/individuellen Fallbesprechungen vorbereitet.

- (4) Den invasiv tätigen Leistungserbringern obliegt die Leitung von individuellen Fallbesprechungen und regionalen Fallkonferenzen mit Hausärzten und nichtinvasiv tätigen Fachärzten. Die invasiv tätigen Leistungserbringer sind wie folgt zuständig:

- ehemaliger Regierungsbezirk Dresden: Praxisklinik und Herzzentrum
- ehemaliger Regierungsbezirk Chemnitz: MVZ am Küchwald und Klinikum Chemnitz

Die Fallbesprechungen sind von den invasiv tätigen Leistungserbringern zu dokumentieren und von der pharmazeutischen und Medizinprodukte-Industrie unabhängig zu gestalten.

- (5) Die invasiv tätigen Leistungserbringer stellen sicher, dass Versicherte, die ihre Teilnahme gemäß Anlage 2 erklärt haben, bei einem elektiven Invasiv Eingriff grundsätzlich innerhalb von 21 Tagen nach Anmeldung einen Behandlungstermin erhalten.
- (6) Die Erklärungen des Versicherten gemäß § 4 Abs. 14 sind vom invasiv tätigen Leistungserbringer an die AOK PLUS zu übersenden.

§ 12

Kooperation, Kommunikation und Zusammenarbeit der Leistungserbringer

- (1) Die Leistungserbringer sind untereinander zur engen fachlichen Kooperation verpflichtet. Darüber hinaus verpflichten sich die Vertragsparteien und Leistungserbringer zur vertrauensvollen Zusammenarbeit.
- (2) Die Leistungserbringer achten insbesondere darauf, dass der Versicherte zielgerichtet eine hochwertige und sachgerechte Diagnostik und Therapie aufgrund der Leitlinien gemäß § 13 mit dem Ziel der Vermeidung von Spätfolgen erhält.
- (3) Werden an den weiterbehandelnden Arzt Empfehlungen hinsichtlich zu verordnender Arzneimittel gegeben, sind die in der Anlage 9 aufgeführten leitlinienbasierten Wirkstoffe zu berücksichtigen. Bei besonderen medizinischen Indikationen kann davon abgewichen werden. Für Versicherte, die im DMP KHK eingeschrieben sind, sind die Vorgaben des DMP KHK-Vertrages zu beachten.
- (4) Die invasiv tätigen Leistungserbringer arbeiten eng mit den nichtinvasiv tätigen Fachärzten sowie mit den Hausärzten im Rahmen von Fallbesprechungen/Fallkonferenzen zusammen. Die nichtinvasiv tätigen Fachärzte nehmen einmal pro Quartal an Fallbesprechungen/Fallkonferenzen teil, die von den invasiv tätigen Leistungserbringern gemäß § 11 Abs. 4 in Abstimmung mit der AOK PLUS veranstaltet werden. Die invasiv tätigen Leistungserbringer stellen den nichtinvasiv tätigen Fachärzten einen Teilnahmenachweis aus.
- (5) Sollten Leistungserbringer bei der Behandlung eines am Vertrag teilnehmenden Versicherten unterschiedliche Auffassungen z. B. im Hinblick auf die Medikation vertreten, haben sie diesen Fall mit dem Ziel einer Einigung gemeinsam abzuklären.

§ 13

Leitlinien und Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer stellen von Vertragsbeginn an ihre Behandlungen im Rahmen der in diesem Vertrag definierten Versorgungsaufträge nach den jeweils aktuell gültigen Therapiestandards und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e. V. oder des ACC/AHA sicher.

Die Versorgungspfade gemäß den Anlagen 20a bis 20h basieren auf den Leitlinien der Fachgesellschaften und sind als Bestandteil der Versorgungsaufträge (§ 9, § 10, §11 und § 12) zu beachten.

- (2) Die Leistungserbringer entwickeln im Rahmen der Qualitätszirkel nach § 12 Abs. 4 Verfahrensanweisungen für die Praxis, die nach Bestätigung durch die Leistungserbringer als konsentierter Behandlungspfad auf Basis der aktuellen Leitlinien gelten sollen.
- (3) Die invasiv tätigen Leistungserbringer stellen eine umfassende und zeitnahe Information der Leistungserbringer über Leitlinien und vorhandene Verfahrensanweisungen sicher.
- (4) Die Leistungserbringer stellen den eingeschriebenen Versicherten die in den §§ 9 bis 11 festgelegten Leistungen zeitnah, umfassend und in der vereinbarten Qualität gemäß § 140a Abs. 2 SGB V zur Verfügung.
- (5) Die Leistungserbringer stellen sicher, dass die Dokumentation der ärztlichen Behandlungsmaßnahmen und Behandlungsergebnisse nachvollziehbar ist und einer Prüfung durch einen externen Dritten zugänglich gemacht werden kann.

§ 14

Lenkungsgremium und Qualitätsmanagement

- (1) Für die Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Begleitung der praktischen Umsetzung wird ein Lenkungsgremium gebildet. Das Lenkungsgremium wird mit je einem Vertreter/Stellvertreter der Vertragsparteien besetzt. Die organisatorische Verantwortung liegt bei der AOK PLUS, die das Lenkungsgremium mindestens 1 Mal pro Jahr einberuft.
- (2) Das Lenkungsgremium ist insbesondere zuständig für die:
 - Verfassung eines jährlichen Qualitätsberichtes mit den in Abs. 3 genannten Inhalten
 - Auswertung der Zahlungen der Vorbereitungspauschalen an Hand der Übersicht nach Abs. 4
 - Abstimmung zur grundsätzlichen Weiterentwicklung der Vertragssoftware bzw. zu Prozessen, welche die Vertragssoftware unterstützen soll.
- (3) Der Qualitätsbericht hat insbesondere folgende Inhalte aufzuweisen:
 - Entwicklung der Anzahl der teilnehmenden Hausärzte und nichtinvasiv tätigen Fachärzte
 - Entwicklung der Anzahl der teilnehmenden Versicherten
 - Bericht aus den Qualitätszirkeln
 - Entwicklung der Anzahl an ausgewählten nichtinvasiven und invasiven kardiologischen Leistungen im Freistaat Sachsen
 - Entwicklung der Notfallaufnahmen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen an ausgewählten Krankenhäusern im Freistaat Sachsen und bei den invasiv tätigen Leistungserbringern
 - Entwicklung der Krankenseinweisungen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen an ausgewählten Krankenhäusern im Freistaat Sachsen und bei den invasiv tätigen Leistungserbringern im Vergleich zu gleichgelagerten Regionen.

- (4) Die invasiv tätigen Leistungserbringer erstellen eine Übersicht, für welchen eingeschriebenen Versicherten eine Vorbereitungspauschale gezahlt worden ist. In der Übersicht ist der Name des Hausarztes oder des nichtinvasiv tätigen Facharztes sowie die entsprechende Arztnummer (LANR) anzugeben.

§ 15 Vergütung

- (1) Die Vergütung der an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen und wird nur für Leistungserbringer gezahlt, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung an diesem Vertrag teilnehmen.
- (2) Die Hausärzte erhalten für die Erfüllung ihres Versorgungsauftrages gegenüber den eingeschriebenen Versicherten im Rahmen dieses Vertrages die folgende Vergütung:

a) Zielsicherungspauschale entsprechend der Erkrankung des Versicherten

Zielsicherungspauschale I (bei Hypertonie und Vorhoffarrhythmie)
für das Erbringen der Leistungen des § 9 Abs. 2 und des
Versorgungspfades gemäß Anlage 20d bzw. 20h
im Quartal
GOP 13566C

je eingeschriebenen Versicherten in Höhe von 10,00 Euro

abrechenbar pro Quartal, maximal 2mal pro Kalenderjahr.

Die Höchstabrechnungsfrequenz von 2mal pro Jahr kann durch Vorliegen einer Hypertonie und Vorhoffarrhythmie nicht erhöht werden.

Zielsicherungspauschale II (bei Ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Erkrankungen der Herzklappen, ventrikuläre Tachykardien, Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung oder tiefer Venenthrombose)
für das Erbringen der Leistungen des § 9 Abs. 2 und des
Versorgungspfades gemäß Anlage 20a, b, c, e, f bzw. g
im Quartal

GOP 13567C
je eingeschriebenen Versicherten in Höhe von 10,00 Euro
abrechenbar pro Quartal, maximal 4mal pro Kalenderjahr

Der Anspruch besteht, wenn bei der ersten Behandlung im Quartal ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt.

Je Versicherten ist die Abrechnung nur einer erkrankungsspezifischen Zielsicherungspauschale je Quartal möglich. Sollte eine Behandlung aufgrund mehrerer Erkrankungen des Versicherten erfolgen, ist die Zielsicherungspauschale abzurechnen, welche hauptsächlich die Vorstellung begründete.

b) Vorbereitungspauschale Hausarzt
für das Erbringen der Leistungen nach § 9 Abs. 4 bei Über-/Einweisung an den
invasiv tätigen Leistungserbringer
GOP 13560C

je eingeschriebenen Versicherten pro Behandlung (jedoch max. 1mal pro Quartal) in Höhe von 20,00 Euro.

Der Anspruch besteht, wenn am Tag der Erbringung der Leistungen nach § 9 Abs. 3 ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt.

- c) Pauschale Wirtschaftlichkeit Arzneimittel Hausarzt
für jeden zum Ende des betreffenden Jahres beim jeweiligen Hausarzt eingeschriebenen Versicherten,
bei Erfüllung der Bedingungen des § 9 Abs. 9,
GOP 13570C
1mal je Kalenderquartal in Höhe von 1,00 Euro.

Auf die Vergütung der Pauschale Wirtschaftlichkeit für Versicherte, die auch am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK PLUS teilnehmen, besteht im Rahmen dieses Vertrages kein Anspruch.

Basis sind die am letzten Tag des betreffenden Kalenderquartals eingeschriebenen Versicherten, welche nicht gleichzeitig am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK PLUS teilnehmen.

Erklärt ein Hausarzt im Laufe eines Kalenderquartals seine Teilnahme, so besteht der Anspruch auf diese Pauschale ab dem darauffolgenden Kalenderquartal.

Die Pauschalen werden nicht jedes Quartal, sondern als Summe jeweils nach 4 Kalenderquartalen vergütet.

- (3) Die nichtinvasiv tätigen Fachärzte erhalten für die Erfüllung ihres Versorgungsauftrages gegenüber den eingeschriebenen Versicherten im Rahmen dieses Vertrages folgende Vergütung:

- a) Erstbetreuungspauschale
für jeden eingeschriebenen Versicherten, für den die in § 10 Abs. 1 und 4 aufgeführten Leistungen erbracht wurden
GOP 13554C
einmalig in Höhe von 30,00 Euro
max. 1mal pro Jahr je Versicherten.

Der Anspruch besteht, wenn am Tag der Einschreibung ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt. Der Anspruch auf Zahlung der Erstbetreuungspauschale ist bei einem Arztwechsel innerhalb einer BAG oder innerhalb eines MVZ ausgeschlossen.

Bei einer Erstinanspruchnahme im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung gemäß Anlage 17, regelt diese Anlage gesonderte Anforderungen an die Abrechnung der Erstbetreuungspauschale.

- b) Betreuungspauschale entsprechend der Erkrankung des Versicherten
Betreuungspauschale I (bei Hypertonie und Vorhoffarrhythmie)
für das Erbringen der aufgeführten Leistungen des § 10 Abs. 2 und 4 und des Versorgungspfades gemäß Anlage 20d bzw. 20h im Quartal ab dem Folgequartal der Erstbetreuung
GOP 13568C

je eingeschriebenen Versicherten in Höhe von 20,00 Euro
pro Quartal, maximal 1mal pro Jahr
im Jahr der Einschreibung des Versicherten ausgeschlossen
Die Höchstabrechnungsfrequenz von 1mal pro Jahr kann durch Vorliegen einer Hypertonie und Vorhoffarrhythmie nicht erhöht werden.

Betreuungspauschale II (bei Ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Erkrankungen der Herzklappen, ventrikuläre Tachykardien, Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung oder tiefe Venenthrombose)

für das Erbringen der aufgeführten Leistungen des § 10 Abs. 2 und 4
und des Versorgungspfades gemäß Anlage 20a, b, c, e, f bzw. g
im Quartal,
ab dem Folgequartal der Erstbetreuung

GOP 13569C
je eingeschriebenen Versicherten in Höhe von 20,00 Euro
pro Quartal, maximal 2mal pro Jahr
im Jahr der Einschreibung des Versicherten einmalig
Der Anspruch besteht, wenn bei der ersten Behandlung im Quartal ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt.

Je Versicherten ist die Abrechnung nur einer erkrankungsspezifischen Betreuungspauschale je Quartal möglich. Sollte eine Behandlung aufgrund mehrerer Erkrankungen des Versicherten erfolgen, ist die Betreuungspauschale abzurechnen, welche hauptsächlich die Vorstellung begründete.

Die Höchstabrechnungsfrequenz von 2mal pro Jahr kann durch Multimorbidität nicht erhöht werden. Dies gilt auch bei der mehrmaligen Abrechnung der Betreuungspauschalen I und II in einem Jahr.

Die Hochschulambulanz des Universitätsklinikums C. G. Carus an der TU Dresden, Klinik für Kardiologie, hat keinen Anspruch auf die Erstbetreuungs- und Betreuungspauschalen I und II.

- c) Vorbereitungspauschale nichtinvasiv tätiger Facharzt
für die Erbringung der Leistungen nach § 10 Abs. 3
GOP 13561C

je eingeschriebenen Versicherten in Höhe von 30,00 Euro
pro Behandlung (jedoch max. 1mal pro Quartal)

Der Anspruch besteht, wenn am Tag der Erbringung der Leistungen nach § 10 Abs. 3 ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt. Ein Anspruch auf Zahlung der Vorbereitungspauschale ist bei Personenidentität von nichtinvasiv tätigem Facharzt und leistungserbringendem Arzt beim invasiv tätigem Leistungserbringer ausgeschlossen.

- d) Pauschale Wirtschaftlichkeit Arzneimittel nichtinvasiv tätiger Facharzt
für jeden zum Ende des betreffenden Jahres beim jeweiligen nichtinvasiv tätigen Facharzt eingeschriebenen Versicherten,
bei Erfüllung der Bedingungen des § 10 Abs. 10
GOP 13571C

1mal je Kalenderquartal in Höhe von 1,00 Euro.

Basis sind die am letzten Tag des betreffenden Kalenderquartals eingeschriebenen Versicherten.

Erklärt ein nichtinvasiv tätiger Facharzt im Laufe eines Kalenderquartals seinen Beitritt, so besteht der Anspruch auf diese Pauschale ab dem darauffolgenden Kalenderquartal.

Die Pauschalen werden nicht jedes Quartal, sondern als Summe jeweils nach 4 Kalenderquartalen vergütet.

- (4) Die invasiv tätigen Leistungserbringer erhalten für die Erfüllung ihres Versorgungsauftrages gegenüber den eingeschriebenen Versicherten im Rahmen dieses Vertrages folgende Vergütung:

a) Qualitätspauschale I
für jeden eingeschriebenen Versicherten, für den die
in § 11 Abs. 1 Leistungen erbracht wurden sowie für die Leistungen nach
§ 11 Abs. 4
GOP 13556C
pro Quartal in Höhe von 20,00 Euro.

oder

b) Qualitätspauschale II
für jeden eingeschriebenen Versicherten, für den die
in § 11 Abs. 1 Leistungen erbracht wurden
GOP 13559C
pro Quartal in Höhe von 15,00 Euro.

Der Anspruch besteht, wenn bei der ersten Behandlung im Quartal ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt.

- (5) Wenn sich der Versicherte bei mehreren nichtinvasiv tätigen Fachärzten eingeschrieben bzw. mehrere Hausärzte gewählt hat, erhält nur der nichtinvasiv tätige Facharzt bzw. Hausarzt die Vergütung, den der Versicherte nach § 4 Abs. 9 gewählt hat.
- (6) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütung nach Abs. 2 bis 4 ist das Vorliegen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach § 4 Abs. 2 bei der AOK PLUS zum Zeitpunkt der jeweiligen Quartalsabrechnung. Bei nachträglich eingereichten Teilnahmeerklärungen ist für die Zahlung eine erneute Abrechnung notwendig.
- (7) Die Aufwendungen für die Erstellung von Bescheinigungen, Berichten und Dokumentationen, die zur Durchführung dieses Vertrages von den Leistungserbringern verlangt werden, sind mit den Pauschalvergütungen gemäß Abs. 2 bis 4 abgegolten.
- (8) Nehmen die teilnehmenden Versicherten Leistungen bei einem namentlich benannten Vertreter der Ärzte (Hausarzt bzw. nichtinvasiv tätiger Facharzt) in Anspruch, hat der Vertreter keinen Anspruch auf die Vergütung nach Abs. 2 bzw. Abs. 3. Die Vergütung steht den Ärzten zu, die der Versicherte gewählt hat.
- (9) Bei einer BAG oder einem MVZ steht die versichertenbezogene Vergütung vertraglich erbrachter Leistungen ausschließlich der BAG oder dem MVZ und nicht jedem einzelnen Mitglied der BAG bzw. nicht jedem einzelnen angestellten Arzt des MVZ zu. Die Zahlungen der HÄVG oder der AOK PLUS an eine Gemeinschaftspraxis oder an ein MVZ erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung gegenüber den Ärzten, die die vertraglichen Leistungen erbracht haben.
- (10) Soweit Leistungen nach diesem Vertrag umsatzsteuerpflichtig sind, so enthält die Vergütung dieser Leistungen die gesetzliche Umsatzsteuer. Die Vergütungen sind Brutto-

beträge. Dies gilt im Verhältnis der Vertragsparteien untereinander, im Verhältnis zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern untereinander und im Verhältnis Hausarzt und HÄVG.

- (11) Die Vergütung für die invasiv-kardiologische Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages bestimmt sich nach den jeweils mit der AOK PLUS oder der AOK Sachsen geschlossenen Kooperationsverträgen.
- (12) Die Vergütung der Versorgungsaufträge gemäß der Anlage 17 ist in der entsprechenden Anlage geregelt.

§ 16 Wirtschaftlichkeit

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass die Etablierung des Vertrages zur Versorgung kardiovaskulär erkrankter Versicherter im Geltungsbereich des Vertrages gemäß § 3 zu Einsparungen führen kann. Sie vereinbaren daher das in Anlage 10 niedergelegte Verfahren zur Ermittlung und Verwendung von Einsparungen.

§ 17 Teilnehmerverzeichnisse

- (1) Die HÄVG führt über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Hausärzte ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis stellt die HÄVG der AOK PLUS wöchentlich in elektronischer Form gemäß Anlage 15 zur Verfügung. Die AOK PLUS prüft die Teilnahmevoraussetzungen der Hausärzte und sendet das ergänzte Verzeichnis wöchentlich an die HÄVG. Die HÄVG stellt im Internet eine aktuelle Aufstellung der teilnehmenden Hausärzte als Download-Version entgeltfrei zur Verfügung.
- (2) Die AOK PLUS führt über die teilnehmenden nichtinvasiv tätigen Fachärzte gemäß § 6 ein Verzeichnis (Anlage 11).
- (3) Die Verzeichnisse über die teilnehmenden Hausärzte und über die teilnehmenden nichtinvasiv tätigen Fachärzte nach den Abs. 1 und 2 werden durch die AOK PLUS regionalbezogen bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten zur Verfügung gestellt und können auf der Homepage der AOK PLUS veröffentlicht werden.
- (4) Die nichtinvasiv tätigen Fachärzte übersenden monatlich bis zum 10. des Folgemonats an die Abrechnungsstelle der AOK PLUS die vom Versicherten unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 2 zur Aufbewahrung.
- (5) Die AOK PLUS prüft die nach Abs. 4 übermittelten Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten gegen ihren Versichertenbestand.
- (6) Die AOK PLUS führt die teilnehmenden Versicherten mit den jeweils gewählten Hausärzten zusammen und erstellt ein Verzeichnis, das sie der Abrechnungsstelle der HÄVG einmal im Quartal bis zum Ende des ersten Monats des Folgequartals zur Verfügung stellt. Als eingeschrieben gelten nur die Versicherten, die in dem Verzeichnis aufgenommen sind. Näheres zum Verzeichnis und zum Verfahren ist in Anlage 15 geregelt.

- (7) Die invasiv tätigen Leistungserbringer übersenden die vom Versicherten unterschriebene Erklärung des Versicherten gemäß § 4 Abs. 13 an die Abrechnungsstelle der AOK PLUS zur Aufbewahrung.
- (8) Die Daten der ausgeschiedenen Versicherten entfernt die AOK PLUS 2 Jahre nach Beendigung der Teilnahme des Versicherten.

§ 18 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung der Vergütungen gemäß § 15 Abs. 2a erfolgt von den Hausärzten quartalsweise gegenüber der HÄVG nach deren Vorgaben. Mit der Abrechnung sind gemäß § 295 Abs.1 und 1b SGB V i.V. m. der Richtlinie des GKV- Spitzenverbandes zur Umsetzung des Datenaustausches § 295 Abs. 1b SGB V die Abrechnungsdaten des Versicherten gemäß § 3 i.V. § 2 der Richtlinie zu übermitteln.

Die Abrechnung hat bis zum 15. Tag nach Ende des abzurechnenden Quartals der HÄVG vorzuliegen. Nach diesem Zeitpunkt eingegangene Abrechnungen werden bei der nächsten Abrechnung berücksichtigt. Die Abrechnung der Vergütungen nach § 15 Abs. 2a ist nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Quartals an gerechnet, in dem die Leistung für die Vergütung erbracht wurde, ausgeschlossen.

- (2) Abrechnungsberichtigungen des Hausarztes sind gegenüber der HÄVG vorzunehmen. Eine vom Hausarzt festgestellte zu Unrecht abgerechnete Vergütung nach § 15 Abs. 2a sowie Anlage 18a ist der HÄVG bzw. der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (3) Die Vergütungen nach § 15 Abs. 2a stellt die HÄVG der AOK PLUS gemäß Anlage 15 in Rechnung. Mit der Abrechnung sind gemäß § 295 Abs. 1 und 1a SGB V i.V. m. der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung des Datenaustausches nach § 295 Abs.1b SGB V an die Abrechnungsstelle des Hausarztes zu übermitteln. Der durch die AOK PLUS auf Grundlage der nach Abs. 4 gelieferten Daten geprüfte Gesamtbetrag ist nach Vorliegen der vollständig ausgefüllten Anlage 13 und der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten gemäß Anlage 2 fällig. Der Gesamtbetrag wird von der AOK PLUS quartalsbezogen an die HÄVG innerhalb von 28 Tagen ab Fälligkeit gezahlt, die diesen an die Hausärzte verteilt. Als Tag der Zahlung gilt der Tag des Einreichens des Überweisungsträgers bei der Bank durch die AOK PLUS. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag. Die HÄVG verpflichtet sich, die Vergütung innerhalb von 30 Tagen nach Zahlungseingang des Rechnungsbetrages an die teilnehmenden Hausärzte aus-zuzahlen. Die Zahlung an die HÄVG erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung.
- (4) Die datenverarbeitungstechnische Umsetzung der Abrechnung der Vergütungen nach § 15 Abs. 2a ist in Anlage 15 geregelt.
- (5) Die Abrechnung der Vergütungen gemäß § 15 Abs. 3a und 3b sowie die Vergütungen nach Anlage 17 erfolgt von den nichtinvasiv tätigen Fachärzten quartalsweise, bis zum 15. des Folgemonats nach Ende des Quartals, unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß § 6 i. V. m. Anlage 3 und 3a gegenüber der Abrechnungsstelle der AOK PLUS oder zukünftig als online-Datenübermittlung entsprechend der Funktionalitäten der Vertragssoftware. Bei Abrechnungen unter Verwendung der Abrechnungsformulare der Anlage 14a erfolgt die Abrechnung per verschlüsselter elektronischer Datenübermittlung an das entsprechende Postfach der AOK PLUS (CARDIO-Integral@plus.aok.de). Mit der Abrechnung sind gemäß § 295 Abs.1 und 1b SGB V die Abrechnungsdaten zu übermitteln.

- (6) Die Abrechnung der Vergütungen gemäß § 15 Abs. 4 erfolgt von den invasiv tätigen Leistungserbringern in Anlehnung an die Anlage 14b quartalsweise gegenüber der AOK PLUS per verschlüsselter elektronischer Datenübermittlung an das entsprechende Postfach der AOK PLUS (CARDIO-Integral@plus.aok.de). Mit der Abrechnung sind die Abrechnungsdaten gemäß § 295 Abs.1 und 1b SGB V zu übermitteln.
- (7) Die Vergütungen nach § 15 Abs. 3 und 4 sowie die Vergütungen nach Anlage 17 für die erbrachten Leistungen werden innerhalb von 28 Tagen nach Vorliegen der vollständig ausgefüllten Anlagen 14a und 14b und der gültigen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten gemäß Anlage 2 durch die AOK PLUS an die nichtinvasiv tätigen Fachärzte und invasiv tätigen Leistungserbringer gezahlt. Die Frist beginnt frühestens am 15. des Folgemonats nach Ende des Quartals.

Die Vergütungen werden von der AOK PLUS quartalsbezogen an die nichtinvasiv tätigen Fachärzte und an die invasiv tätigen Leistungserbringer nach Vorliegen der vollständigen Unterlagen gemäß Satz 1 und Abs. 9 bis 10 gezahlt. Voraussetzung für die Zahlung ist, dass ein IK für den nichtinvasiv tätigen Facharzt oder den invasiv tätigen Leistungserbringer vorliegt. Als Tag der Zahlung gilt der Tag des Einreichens des Überweisungsträgers bei der Bank durch die AOK PLUS. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag.

- (8) Für die Vergütung nach Anlage 17 ist zusätzlich zu Abs. 5 und 7 das Vorliegen einer Kopie des Dokumentationsbogens „Dringlichkeit“ pro Versicherten Voraussetzung. Die Kopien des Dokumentationsbogens „Dringlichkeit“ sind quartalsweise in einem verschlossenen Umschlag an die Abrechnungsstelle der AOK PLUS zu übersenden. Diese werden zu Auswertungszwecken einem externen Dritten weitergeleitet.
- (9) Die Vergütungen nach § 15 Abs. 2b und Abs. 3c gelten mit Übersendung der vollständigen Unterlagen, gemäß Anlagen 8a und 8b und dem vollständig ausgefüllten Abrechnungsbogen gemäß Anlage 12c bzw. 14c, an die invasiv tätigen Leistungserbringer als gegenüber der AOK PLUS abgerechnet. Die invasiv tätigen Leistungserbringer zeigen die Leistungserfüllung der AOK PLUS an, indem sie den Eingang der vollständigen Unterlagen unter Angabe des betreffenden Arztes und des Versicherten der AOK PLUS bestätigen. Dies erfolgt quartalsweise gegenüber der AOK PLUS per verschlüsselter elektronischer Datenübermittlung an das entsprechende Postfach der AOK PLUS (CARDIO-Integral@plus.aok.de) im Zusammenhang mit der Abrechnung nach § 15 Abs. 4a bzw. 4b. Die Vergütungen werden innerhalb von 28 Tagen nach Vorliegen der Erfüllungsanzeige und der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten gemäß Anlage 2 durch die AOK PLUS an die invasiv tätigen Leistungserbringer gezahlt.

Als Tag der Zahlung gilt der Tag des Einreichens des Überweisungsträgers bei der Bank durch die AOK PLUS. Ist der Zahltag ein arbeitsfreier Tag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Arbeitstag. Die invasiv tätigen Leistungserbringer leiten die Vergütung mit schuldbefreiender Wirkung für die AOK PLUS an die Haus- und nichtinvasiv tätigen Fachärzte innerhalb von 1 Monat weiter. Die Haus- oder nichtinvasiv tätigen Fachärzte sind verpflichtet, gegenüber den invasiv tätigen Leistungserbringern zu Lasten der AOK PLUS eine gesonderte Abrechnung gemäß Satz 1 vorzunehmen. Abrechnungsgrundlage für die Zahlung sind die vollständigen Befunde und Unterlagen gemäß Anlage 8a und 8b und die Abrechnungsbögen gemäß Anlage 12c bzw. 14c, die von den Haus- oder nichtinvasiv tätigen Fachärzten an den jeweiligen invasiv tätigen Leistungserbringer weitergeleitet werden und dort verbleiben. Die AOK PLUS hat das Recht die Weiterleitung der gezahlten Vergütungen stichprobenartig zu prüfen. Sollten die invasiv tätigen Leistungserbringer die Vergütungen nach § 15 Abs. 2b und Abs. 3c nicht an die Haus- und nichtinvasiv tätigen Fachärzte weiterleiten, ist die AOK

PLUS berechtigt, die gezahlten Vergütungen zurückzufordern und von späteren Rechnungen abzuziehen.

- (10) Eine gesonderte Abrechnung für die Vergütungen nach § 15 Abs. 2c und 3d ist gegenüber der AOK PLUS nicht notwendig. Die AOK PLUS überprüft anhand der eingelösten Verordnungen der teilnehmenden Versicherten arztbezogen, ob die entsprechenden Voraussetzungen für die Zahlung der Vergütungen nach § 15 Abs. 2c und 3d erfüllt sind. Die AOK PLUS berücksichtigt bei der Vergütungshöhe, die Versicherten, für die Vergütungsanspruch besteht. Die Zahlung erfolgt binnen 6 Monaten jeweils nach Ende des 4. Kalenderquartals seit dem der Anspruch auf die Vergütung besteht bzw. wieder erneut besteht. Für nichtinvasiv tätige Fachärzte erfolgt die Zahlung direkt von der AOK PLUS an den jeweiligen nichtinvasiv tätigen Facharzt. Für die Hausärzte erfolgt die Zahlung an die HÄVG. Die AOK PLUS übermittelt dazu der Abrechnungsstelle der HÄVG eine Liste der betreffenden Hausärzte, welche einen Anspruch auf diese Vergütung haben und übersendet den kumulierten Gesamtvergütungsbetrag unter Berücksichtigung der geltenden Ausschlussstatbestände gemäß § 15 Abs. 2c. Die HÄVG verpflichtet sich, die Vergütung innerhalb von 30 Tagen nach Zahlungseingang des Rechnungsbetrages an die teilnehmenden Hausärzte auszuzahlen. Die Zahlung an die HÄVG erfolgt mit schuldbefreiender Wirkung.
- (11) Sofern die AOK PLUS Zahlungen geleistet hat, auf die die Leistungserbringer keinen Anspruch haben, ist die AOK PLUS berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Rechnungen abzuziehen.
- (12) Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die letzte Rechnung für Leistungen nach diesem Vertrag spätestens zwei Monate nach Ende des Vertrages zu stellen. Später eingehende Rechnungen werden nicht vergütet.
- (13) Die HÄVG ist berechtigt, gegenüber den an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzten Verwaltungskostenpauschalen zu erheben. Diese können sich in ihrer Höhe für Mitglieder und Nichtmitglieder des Sächsischen Hausärztesverbandes e. V. unterscheiden (Anlage 16) und von der HÄVG einseitig durch Beschluss geändert werden. In diesem Fall ist die Anlage 16 anzupassen. § 5 Abs. 8 findet Anwendung.
- (14) Die Abrechnung der invasiv-kardiologischen Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages bestimmt sich nach der mit der AOK PLUS geschlossenen Kooperationsverträgen gemäß § 7 Abs. 2.
- (15) Nach Ablauf eines Jahres ab Ende des Quartals, in dem die Leistungen erbracht wurden, ist die Abrechnung ausgeschlossen (Ausschlussfrist).

§ 19 Abrechnungsstellen

- (1) Die HÄVG wird sich für die Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen einschließlich der Verteilung der Vergütung an die teilnehmenden Hausärzte gemäß § 295a SGB V der Hilfe eines Dritten bedienen. Sie beauftragt mit dieser Leistung die HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln.
- (2) Die HÄVG stellt mit der Beauftragung der Abrechnung sicher, dass § 80 SGB X nach Maßgabe der Bestimmungen des § 295a SGB V angewendet werden. Insbesondere ist der zuständigen Aufsicht die Beauftragung vor Beginn des Auftragsverhältnisses anzuzeigen und die Einhaltung der technischen und organisatorischen Maßnahmen nach Artikel 32 EU-DSGVO zu sichern.

- (3) Ist die Übertragung der Abrechnung auf die Abrechnungsstelle erfolgt und soll die Zahlung der AOK PLUS an die beauftragte Abrechnungsstelle erfolgen, so hat die Zahlung der AOK PLUS an diese Stelle schuldbefreiende Wirkung. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehung zwischen der Abrechnungsstelle und der HÄVG mit einem Rechtsmangel behaftet ist. Die HÄVG ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der AOK PLUS mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung der der AOK PLUS gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Bis zum Eingang der schriftlichen Mitteilung über das Ende der Abrechnung leistet die AOK PLUS an die Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung.

§ 20 Haftung

- (1) Im Rahmen dieses Vertrages und der für die invasiv-kardiologischen Leistungserbringung geschlossenen Kooperationsverträge haftet jede Vertragspartei für alle Schäden, die aufgrund des vorsätzlichen oder fahrlässigen Verhaltens durch sie selbst und die ihr zuzurechnenden Handelnden entstanden sind.
- (2) Die Haftung der HÄVG wird begrenzt auf das Eigenkapital der Aktiengesellschaft. Bei Schäden, die durch vorsätzliches oder fahrlässiges Handeln von Auftragnehmern (Dienstleistungsunternehmen) der HÄVG verursacht werden, verpflichtet sich die HÄVG, etwaige eigene Schadenersatzansprüche gegen ihre Auftragnehmer an die anderen geschädigten Vertragsparteien (mehrere als Gesamtgläubiger) abzutreten, soweit das Handeln des Auftragnehmers der HÄVG unmittelbar kausal für den Schaden auf Seiten der geschädigten Vertragsparteien ist.
- (3) Im Übrigen tragen die Vertragsparteien keine Verantwortung für die Erfüllung der Aufgaben der anderen Vertragsparteien aus diesem Vertrag. Insbesondere haften die Vertragsparteien nicht als Gesamtschuldner.
- (4) Die Vertragsparteien sind weder gegenüber den anderen Vertragsparteien noch gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern für die flächendeckende Sicherstellung des integrierten Versorgungsauftrages verantwortlich. Für das Handeln der an diesem Vertrag teilnehmenden Hausärzte übernimmt die HÄVG keine Haftung, es sei denn, das Handeln wurde durch die Nichterfüllung einer ihrer vertraglichen Verpflichtungen verursacht.
- (5) Soweit in diesem Vertrag nichts Anderes geregelt ist, gelten für die Leistungserbringer die für sie zutreffenden berufsständischen Regelungen der Sächsischen Landesärztekammer sowie die übrigen berufsrechtlichen Regelungen nach Bundes- und Landesrecht, ebenso die Vorschriften des Sozialgesetzbuches unmittelbar.
- (6) Die medizinische Verantwortung verbleibt jeweils beim zuständigen behandelnden Leistungserbringer und wird durch die Regelungen dieses Vertrages nicht berührt. Der Behandlungsvertrag kommt zwischen dem Versicherten und dem jeweiligen Leistungserbringer zustande. Die Haftung der einzelnen Leistungserbringer ist jeweils auf deren eigene Behandlung beschränkt; eine gesamtschuldnerische Haftung der Leistungserbringer ist ausgeschlossen. Insbesondere bei Personenschäden (Schäden an Leben, Körper und Gesundheit) und Behandlungsfehlern haften die jeweiligen Leistungserbringer uneingeschränkt nach den gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften. In den genannten Fällen haftet der jeweilige Leistungserbringer allein und hat insofern die anderen behandelnden Leistungserbringer und die Vertragsparteien von Ansprüchen Dritter freizustellen. Der jeweilige Leistungserbringer und die Vertragsparteien werden den nach ihrer Auffassung gemäß Satz 1 haftenden Leistungserbringer unverzüglich von den geltend gemachten Ansprüchen Dritter unterrichten, die behauptete

Rechtsverletzung nicht willkürlich anerkennen und im Rahmen des Zumutbaren die rechtliche Auseinandersetzung einschließlich etwaiger außergerichtlicher Regelungen dem verantwortlichen Leistungserbringer überlassen oder nur im Einvernehmen mit diesem führen. Durch die Rechtsverteidigung entstandene angemessene Gerichts- und Anwaltskosten gehen zu Lasten des verantwortlichen Leistungserbringers. Dasselbe gilt für weitere Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme durch den Dritten notwendigerweise erwachsen.

- (7) Im Übrigen gelten für die Rechtsbeziehungen nach diesem Vertrag die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit diese mit den Vorgaben und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten vereinbar sind.
- (8) Im Falle einer rechtmäßigen Kündigung dieses Vertrages durch eine Vertragspartei stehen den anderen Vertragsparteien und den an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern keine Ansprüche auf Schadenersatz gegen die kündigende Vertragspartei zu. Dies gilt nicht für Schadenersatzansprüche die auf Verletzungen vertraglicher Pflichten beruhen. Schadenersatzansprüche aufgrund außerordentlicher Kündigung wegen Vertragsverletzung bleiben unberührt.
- (9) Weitergehende Ansprüche der Vertragsparteien und Leistungserbringer sind durch die vorangegangenen Regelungen nicht ausgeschlossen.
- (10) Bei einem MVZ, einer Gemeinschaftspraxis oder einer Berufsausübungsgemeinschaft sind deren Träger vertragliche Leistungserbringer und haften aus dem Vertrag entsprechend den Regelungen in den Abs. 4 bis 6 und 8.

§ 21 Öffentlichkeitsarbeit

- (1) Die Leistungserbringer sind berechtigt, entsprechend dem geltenden Berufsrecht die Teilnahme an diesem Vertrag auf Praxisschildern, Briefbögen sowie in anderen berufsrechtlich zulässigen Ankündigungen aufzuführen.
- (2) Veröffentlichungen der Leistungserbringer zu Inhalten dieses Vertrages sind mit den Vertragsparteien abzustimmen. Die Weitergabe dieses Vertrages an Dritte bedarf der vorherigen Zustimmung der Vertragsparteien.
- (3) Die Verantwortung für das Marketing und die Information der Öffentlichkeit und der Fachkreise über Inhalte und Wirkungen dieses Vertrages liegt bei der AOK PLUS. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, die AOK PLUS bei dieser Tätigkeit zu unterstützen. Die Inhalte regelmäßig erscheinender Medien zu den Inhalten von CARDIO-Integral sind in Anlage 21 geregelt.

§ 22 Aufnahme anderer Leistungserbringer

Die Vertragsparteien prüfen, ob weitere Leistungserbringer aus angrenzenden Versorgungssektoren (Prävention, Rehabilitation) in den Vertrag eingebunden werden können.

§ 23

Wettbewerbsklausel, Beitritt anderer Krankenkassen

- (1) Dieser Vertrag gilt exklusiv für Versicherte der AOK PLUS.
- (2) Für den Fall, dass eine Vertragspartei mit einer Krankenkasse einen gleichgelagerten Vertrag schließen will, hat sie sicherzustellen, dass die Krankenkasse sich verpflichtet, sich an den Entwicklungskosten für diesen Vertrag mit einem angemessenen Verwaltungsaufwand zu beteiligen. Als angemessen wird ein Betrag von 10 TEUR angesehen.

§ 24

Meistbegünstigungsklausel

Sollten die Leistungserbringer bzw. die HÄVG mit einer anderen Krankenkasse einen solchen Vertrag mit annähernd gleichen Vertragsbedingungen abschließen und ist die Summe der dort vereinbarten Vergütungspauschalen höher als die Summe der dazu adäquat in diesem vereinbarten Vergütungspauschalen, kann die AOK PLUS von den betreffenden Leistungserbringern bzw. von der HÄVG die Reduzierung der vereinbarten Vergütungspauschalen um die Differenz zwischen den Summen der Vergütungspauschalen aus beiden Verträgen verlangen, soweit die den Vergütungen zugrundeliegenden Leistungen zum Zeitpunkt des Verlangens der AOK PLUS nicht bereits mindestens teilweise erbracht worden sind. Ein Recht auf Auskunft der AOK PLUS über die Inhalte solcher, zwischen den Leistungserbringern bzw. der HÄVG und anderen Krankenkassen abgeschlossenen Verträge, insbesondere über dort enthaltene Vergütungsregelungen, besteht jedoch nicht.

§ 25

Besondere Versorgungsangebote

- (1) Im Rahmen von CARDIO-Integral können besondere Versorgungsmodule angeboten werden. Dazu sind gesonderte Verträge mit gesonderten Laufzeiten zu schließen. Die AOK PLUS verhandelt und vereinbart diese Verträge. Wenn nicht jeweils mindestens ein weiterer Vertragspartner neben der AOK PLUS auch Vertragspartei von CARDIO-Integral ist und diese Verträge nicht selbst den gesetzlichen Anforderungen an einen Vertrag zur Integrierten Versorgung oder eine andere gesetzliche Versorgungsform als Direktvertrag gemäß SGB V entsprechen, hat die AOK PLUS den Vertragsparteien vor Unterzeichnung den jeweiligen Vertragstext vorzulegen und die Zustimmung aller Vertragsparteien vor Vertragsschluss einzuholen. Entsprechend ist vor wesentlichen Änderungen, die Auswirkungen auf diesen Vertrag haben, die Zustimmung der Vertragsparteien einzuholen. Die AOK PLUS gewährt auf Verlangen die Einsichtnahme in die Modulverträge. Diese Einsichtnahme erfolgt im Hause der AOK PLUS und erstreckt sich nicht auf die vereinbarten Vergütungen der jeweiligen Leistungen. Jede Vertragspartei hat die Möglichkeit, während der Laufzeit des jeweiligen zustimmungspflichtigen Modulvertrages aufgrund begründeten Interesses auf eine Beendigung des Modulvertrages entsprechend der jeweiligen Kündigungsfristen hinzuwirken. Dazu ist die Kündigung des betreffenden Modulvertrages bei den Vertragsparteien zu beantragen. Die Vertragsparteien haben über die Kündigung innerhalb von 21 Tagen nach Antragstellung – jeder für sich – zu befinden. Eine Änderung oder Beendigung des Modulvertrages durch die AOK PLUS bedarf der vorherigen Zustimmung aller Vertragsparteien. Diese Zustimmung darf nur aus berechtigtem Interesse verweigert werden. Kündigungsrechte der anderen Vertragspartner des Modulvertrages bleiben von dieser Zustimmungsregelung unberührt.

- (2) Die Vertragsparteien sind sich einig, regelmäßig Anpassungen sowie die Integration weiterer Anwendungen und Funktionalitäten der Vertragssoftware, welche der Erreichung der Ziele nach diesem Vertrag dienen, zu prüfen. Näheres regeln die Anlagen 3 und 3a.
- (3) Herz-Kreislauf-Erkrankungen bilden einen Schwerpunkt bei der Entwicklung des Versorgungsmanagements der AOK PLUS. Die sich aus dem Versorgungsmanagement ergebenden Maßnahmen werden den Vertragsparteien durch die AOK PLUS vorgestellt. Alle Vertragsparteien tragen aktiv zur Umsetzung des Versorgungsmanagements bei.

§ 26

Wissenschaftliche Begleitung

- (1) Die AOK PLUS behält sich vor, eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der integrierten Versorgung im Hinblick auf die Ziele gemäß § 1 zu veranlassen. Die Inhalte der wissenschaftlichen Begleitung werden von den Vertragsparteien erarbeitet und einvernehmlich verabschiedet.
- (2) Die Weiterverwendung bzw. Veröffentlichung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung bedürfen der vorherigen Zustimmung der Vertragsparteien.

§ 27

Datenschutz

- (1) Die Vertragspartner und die Leistungserbringer sind verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten, insbesondere der EU-DSGVO, des SGB, des Landesdatenschutzgesetzes, des BDSG, des Behandlungsvertrages, in den jeweils geltenden Fassungen einzuhalten. Die Vertragspartner und beteiligten Leistungserbringer haben den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung, dem Behandlungsvertrag und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Vertragspartner und beteiligten Leistungserbringer stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (2) Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wenn der Versicherte bzw. der/die dazu berechnigte/n Vertreter nach vorheriger Information gemäß § 4 Abs. 3 i.V. mit der TE/EWE durch Unterzeichnung der TE/EWE eingewilligt hat/haben. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den beteiligten behandelnden Ärzten und sonstigen Leistungserbringern, dem MDK und der AOK PLUS gemäß den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind.
- (3) Werden die Patientendaten im Rahmen der Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert, dürfen alle den Patienten im Rahmen des Versorgungsvertrages behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation nur dann abrufen, wenn der Versicherte durch Unterzeichnung der TE/EWE seine Einwilligung erteilt hat, und soweit die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall des Patienten genutzt

werden sollen und der abrufende Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört der nach § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

- (4) Die Vertragspartner und die beteiligten Leistungserbringer haben jeweils die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gem. Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.
- (5) Die HÄVG, die AOK PLUS und die Leistungserbringer sind verpflichtet, unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 28 Änderungen des Vertrages

- (1) Die Versorgungspfade der Anlagen 20a bis 20h sind innerhalb von 6 Monaten mit Wirkung für die Zukunft an die Änderungen der jeweils einschlägigen Leitlinien der Fachgesellschaften anzupassen. Die Anpassung erfolgt durch Ersetzung der jeweiligen Anlage mit der aktualisierten Fassung. Die Vertragspartner und Leistungserbringer werden vor Wirksamwerden der Anpassung über die Aktualisierung und die neue Anlage informiert. Ein Vertragspartner kann der Aktualisierung nur widersprechen, wenn diese für ihn unzumutbar ist oder der Vertragszweck erheblich beeinträchtigt wird. § 59 SGB X bleibt unberührt.
- (2) Änderungen des Vertrages bedürfen der Schriftform und können nur einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien vorgenommen werden. Auf das Schriftformerfordernis kann ebenfalls nur schriftlich verzichtet werden. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

§ 29 Einsatz eines Schlichters

- (1) Bei Meinungsverschiedenheiten über die Geltung oder Auslegung dieses Vertrages sowie bei sonstigen erheblichen Differenzen zwischen den Parteien dieses Vertrages, die diese nicht einvernehmlich beilegen können, soll zunächst vor Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens eine außergerichtliche Streitbeilegung in einem Schlichtungsverfahren herbeigeführt werden. Dazu sind die Parteien dieses Vertrages auf Antrag einer von ihnen verpflichtet, binnen zwei Wochen ab dem Tag, an dem die das außergerichtliche Schlichtungsverfahren begehrende Partei dies gegenüber den anderen geltend macht, sich auf einen Schlichter ihres Vertrauens zu einigen. Kommt eine solche Einigung innerhalb der vorgenannten Frist nicht zustande, so hat auf Antrag einer Partei dieses Vertrages die für diesen Vertrag zuständige Aufsichtsbehörde einen Schlichter zu benennen.
- (2) Der Schlichter muss als Richter an einem deutschen Landessozialgericht tätig oder tätig gewesen sein. Es muss ausgeschlossen sein, dass der Schlichter in einem nachfolgenden Gerichtsverfahren zwischen den Parteien dieses Vertrages als Richter tätig werden wird. Der Schlichter hat sich gegenüber den Vertragsparteien schriftlich zur Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und umfassenden Verschwiegenheit zu verpflichten. Er kann in einem späteren Schieds- oder Gerichtsverfahren nicht Zeuge für Tatsachen sein, die ihm während des Schlichtungsverfahrens offenbart werden.

- (3) Das Schlichtungsverfahren soll innerhalb von zwei Wochen nach Anrufung des Schlichters eingeleitet und innerhalb von vier Wochen nach Einleitung des Verfahrens abgeschlossen werden. Der Schlichter soll unverzüglich das Streitverhältnis mit den Parteien erörtern. Er kann zur Aufklärung des Sachverhalts alle Handlungen vornehmen, die dem Ziel einer zügigen Streitbeilegung dienen. Insbesondere kann er im Einvernehmen mit den Parteien diese einzeln in Abwesenheit anderer Parteien befragen sowie sachkundige Personen oder Sachverständige hinzuziehen.
- (4) Das Ergebnis der Schlichtung und im Verfahren getroffene Vereinbarungen der Parteien dieses Vertrages sind zu protokollieren; das Protokoll soll vom Schlichter und den Parteien unterzeichnet werden. Soweit die Parteien sich nicht geeinigt haben, unterbreitet der Schlichter einen Schlichtungsvorschlag. Wird der Vorschlag nicht binnen zehn Tagen nach Zugang angenommen, gilt er als abgelehnt. Der Schlichter kann die Annahmefrist abkürzen. Lehnt eine Partei die Schlichtung ab, erscheint eine Partei zur Schlichtungsverhandlung nicht oder wird der Schlichtungsvorschlag abgelehnt, kann das gerichtliche Verfahren eingeleitet werden.
- (5) Die Kosten des Schlichtungsverfahrens werden unter den streitenden Parteien zu gleichen Teilen aufgeteilt.

§ 30 Vertragsdauer und Kündigung

- (1) Der Vertrag ändert den Vertrag „CARDIO-Integral“ vom 01.05.2005 in der Fassung des 5. Nachtrags und tritt in dieser Fassung des 6. Nachtrages am 01.07.2021 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende - erstmals zum 31.12.2012 - gekündigt werden. Die ordentliche Kündigung ist gegenüber den anderen Vertragsparteien zu begründen.
- (3) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages und können unabhängig von diesem Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten gekündigt werden. Die Kündigung einzelner Anlagen berührt die Wirksamkeit des Vertrages nicht. Die Anlagen gelten bis zur Vereinbarung einer neuen Fassung fort. Sind für einzelne Anlagen gesonderte Laufzeiten vereinbart, gelten diese unabhängig von der Laufzeit des Vertrages nach Absatz 1.
- (4) Eine vorzeitige Kündigung des Vertrages durch die Vertragsparteien ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere dann vor, wenn die mit diesem Vertrag verfolgten Ziele gem. § 1 des Vertrages sich als nicht erreichbar erweisen, sich die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Leistungserbringung so verändert haben, dass eine Anpassung und Fortentwicklung dieses Vertrages nicht möglich ist oder Vertragsparteien schwerwiegende Vertragsverstöße begehen.

Ein schwerwiegender Vertragsverstoß ist z. B. dann gegeben, wenn eine der Vertragsparteien ihre vertraglichen Pflichten derart verletzt, dass die weitere Durchführung des Vertrages einer anderen Partei nicht mehr zumutbar ist. Dies gilt auch im Falle der Beauftragung Dritter im Sinne des § 19. Bis zur Kündigung aus wichtigem Grund werden die Vertragsparteien die Verpflichtungen dieses Vertrages erfüllen.

- (5) Die Kündigung gemäß Abs. 4 wird zum Ende des auf das Quartal der Kündigung folgenden Quartals wirksam.
- (6) Bei Kündigung dieses Vertrages durch eine Vertragspartei wird das Vertragsverhältnis von der AOK PLUS und den verbleibenden Vertragsparteien fortgesetzt, soweit die

rechtlichen Rahmenbedingungen dies ermöglichen und die Vertragsinhalte erfüllt werden können.

- (7) Im Falle einer Beendigung des Vertrages sind die teilnehmenden Versicherten und Leistungserbringer durch die AOK PLUS unverzüglich darüber zu informieren.
- (8) Die Kündigung bedarf der Schriftform. Die Kündigung der Praxisklinik, des Herzzentrums und der HÄVG erfolgt gegenüber der AOK PLUS, die die anderen Vertragsparteien informiert. Die Kündigung der AOK PLUS erfolgt gegenüber den anderen Vertragsparteien.
- (9) Für die zur invasiv-kardiologischen Leistungserbringung mit der AOK PLUS geschlossenen Kooperationsverträge gelten gesonderte Laufzeiten. Die jeweiligen Kooperationsverträge können einzeln und unbeschadet des Fortbestehens von CARDIO-Integral gekündigt werden.

§ 31 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein, so wird dadurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang und dem gewollten Sinn des Vertrages entsprechende Bestimmung zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass die vorstehende Vereinbarung Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

Dresden, 01.07.2021

Herzzentrum Dresden GmbH
Universitätsklinik
Jörg Scharfenberg

AOK PLUS
Rainer Striebel

Praxisklinik Herz und Gefäße
Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

Sächsischer Hausärzteverband e. V.
Dr. Torben Ostendorf

HÄVG
Martina Simon

HÄVG
Dr. Axel Wehmeier

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Versorgungskette kardiovaskulärer Patienten
Anlage 2	Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten
Anlage 3	Praxisausstattung
Anlage 3a	Mindestanforderungen für eine Zulassung als Vertragssoftware, Zulassungsverfahren und Weiterentwicklung
Anlage 4	Teilnahmeerklärung des Hausarztes
Anlage 5	Ausschlusskriterien und Ausschlussverfahren
Anlage 6	Beitrittserklärung der nichtinvasiv tätigen Fachärzte
Anlage 7	Beitrittserklärung der invasiv tätigen Leistungserbringer
Anlage 7a	Vereinbarung zur invasiven Kardiologie
Anlage 7b	Qualitätsvoraussetzungen für invasiv-kardiologische Leistungen
Anlage 8a	Schnittstelle Hausarzt/nichtinvasiv tätiger Facharzt oder invasiv tätiger Leistungserbringer
Anlage 8b	Schnittstelle nichtinvasiv tätiger Facharzt/invasiv tätiger Leistungserbringer
Anlage 8c	Schnittstelle nichtinvasiv tätiger Facharzt/Hausarzt
Anlage 8d	Schnittstelle invasive tätiger Leistungserbringer/nichtinvasiv tätiger Facharzt oder Hausarzt
Anlage 9	Arzneimittel-Wirkstoffliste
Anlage 10	Einsparungen
Anlage 11	Teilnehmerverzeichnis der nichtinvasiv tätigen Fachärzte
Anlage 12a	unbesetzt
Anlage 12b	unbesetzt
Anlage 12c	Abrechnungsformular Vorbereitungspauschale Hausarzt
Anlage 13	Abrechnungsformular der HÄVG
Anlage 14a	Abrechnungsformulare der nichtinvasiv tätigen Fachärzte
Anlage 14b	Abrechnungsformular der invasiv tätigen Leistungserbringer
Anlage 14c	Abrechnungsformular Vorbereitungspauschale nichtinvasiv tätiger Facharzt
Anlage 15	Technische Anlage
Anlage 16	Verwaltungskosten

- Anlage 17 Dringlichkeitsbehandlung
- Anlage 17a Versorgungspfad Dringlichkeitsbehandlung Hausarzt
- Anlage 17b Versorgungspfad Dringlichkeitsbehandlung Facharzt
- Anlage 17c Dokumentationsbogen „Dringlichkeit“
- Anlage 18 unbesetzt
- Anlage 18a unbesetzt
- Anlage 18b unbesetzt
- Anlage 18c unbesetzt
- Anlage 19 Fortbildung der Hausärzte und nichtinvasiv tätigen Fachärzte
- Anlage 20a Versorgungspfad: Koronare Herzkrankheit
- Anlage 20b Versorgungspfad: Chronische Herzinsuffizienz
- Anlage 20c Versorgungspfad: Klappenvitium
- Anlage 20d Versorgungspfad: Vorhofflimmern
- Anlage 20e Versorgungspfad: Kammertachykardien
- Anlage 20f Versorgungspfad: periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK),
- Anlage 20g Versorgungspfad: Atherosklerose
- Anlage 20h Versorgungspfad: Hypertonie
- Anlage 21 Öffentlichkeitsarbeit