



Die **Gesundheitskasse**  
für Sachsen und Thüringen.

**Zusammenarbeit bei der Wiederherstellung der Gesundheit  
bzw. der Verbesserung des Gesundheitszustandes  
von AOK PLUS-Versicherten**

Zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen  
(KV Sachsen)**

Schützenhöhe 12  
01099 Dresden

(im Folgenden "KVS" genannt)

und

**der AOK PLUS - Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen**

Sternplatz 7  
01067 Dresden

vertreten durch den Vorstand, dieser hier vertreten durch  
Vorsitzenden

Herrn Rolf Steinbronn  
(im Folgenden "AOK PLUS" genannt)

**wird folgender Kooperationsvertrag zur Information über Sekundär-  
prävention und deren Befürwortung geschlossen:**

## **Präambel**

Die KVS und die AOK Sachsen schlossen am 21.03.1997 einen Vertrag über die Zusammenarbeit bei der Wiederherstellung der Gesundheit bzw. der Verbesserung des Gesundheitszustandes von AOK PLUS-Versicherten nebst 1. Nachtrag zu diesem Kooperationsvertrag vom 18.09.1997 sowie 2. Nachtrag vom 13.12.2000.

Die Vertragspartner sind sich einig, die bestehende Vereinbarung in der folgenden Fassung fortzusetzen:

### **§ 1 Gegenstand**

- (1) Die KVS und die AOK PLUS wirken im Rahmen des § 43 Abs. 1, Nr. 1 SGB V bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit bzw. von Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes von AOK PLUS-Versicherten in den nach Anlage 1 näher bezeichneten Bereichen zusammen. Vertragsärzte sollen zu diesen Angeboten informieren und sie befürworten.
- (2) Ziel ist es, auf der Basis einheitlicher Qualitätskriterien ein bedarfsorientiertes Angebot der Sekundärprävention in Sachsen zur Verfügung zu stellen.
- (3) Zwischen den Vertragspartnern besteht Einvernehmen darüber, in medizinischen Fragen und bei der Durchführung dieses Vertrages kooperativ zusammen zu arbeiten.

### **§ 2 Geltungsbereich, Information**

- (1) Dieser Vertrag gilt für Vertragsärzte im Bereich der KVS, die die in § 4 beschriebenen Voraussetzungen erfüllen und für Versicherte der AOK PLUS.
- (2) Die KVS informiert die Vertragsärzte in ihrem Bereich über den Inhalt dieses Vertrages in geeigneter Form sowie rechtzeitig.

### **§ 3 Vertragsleistung, Verfahren**

- (1) Stellt der Vertragsarzt bei einer Gesundheitsuntersuchung, einer sonstigen Untersuchung oder bei einer Behandlung von AOK PLUS - Versicherten Risikofaktoren für eine sich abzeichnende Krankheit fest, die durch die in der Anlage 1 näher bezeichneten Programme positiv beeinflusst werden können, motiviert er die Versicherten mit dem Ziel, von diesen Angeboten der Sekundärprävention Gebrauch zu machen. Kontraindikationen gemäß Anlage 1 sind auszuschließen.

- (2) Die Teilnahme ist für AOK PLUS - Versicherte grundsätzlich einmal pro Programm möglich. Eine Wiederholung des gleichen Programms kann frühestens nach vier Jahren erfolgen. Dies wird vor der Inanspruchnahme des Programms durch die AOK PLUS geprüft.
- (3) Der Vertragsarzt informiert den Versicherten über das Angebot der AOK PLUS und befürwortet die Inanspruchnahme der Sekundärprävention auf dem Antragsformblatt (gemäß Anlage 2).

Die Angebote der Sekundärprävention sollen die ärztliche Betreuung sowie andere Maßnahmen der Krankenbehandlung sinnvoll ergänzen/begleiten.

- (4) Der Vertragsarzt bestätigt auf dem Antrag die Diagnose. Er gibt dem Versicherten die für die Beratung und Durchführung des entsprechenden Programms erforderlichen Hinweise (z.B. auf Belastungseinschränkungen, medizinische Parameter, Medikamente) gesondert mit. Der Versicherte übergibt diese Hinweise und Parameter für die Beratung und Betreuung an die entsprechende Fachkraft.
- (5) Der Vertragsarzt händigt dem AOK PLUS - Versicherten das Antragsformblatt aus. Der Versicherte nimmt unmittelbar nach der ärztlichen Befürwortung mit der zuständigen AOK PLUS - Filiale Kontakt auf, um die weitere Durchführung zu besprechen.
- (6) Die AOK PLUS prüft den Antrag und genehmigt diesen, wenn und soweit die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bestimmt Umfang, Dauer und Ort/Einrichtung der Maßnahme. Die AOK PLUS kann den Antrag durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen.
- (7) Die AOK PLUS kann unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Leistungserbringung sowohl durch eigene Fachkräfte als auch durch externe qualifizierte Leistungserbringer sichern.
- (8) Falls notwendig, verständigen sich die jeweiligen beauftragten Fachkräfte im Verlauf der Maßnahme mit dem befürwortenden Vertragsarzt zu auftretenden Problemen.
- (9) Im Falle des Abbruchs oder der Ablehnung der Maßnahme bzw. in ähnlichen Fällen informiert die AOK PLUS den befürwortenden Vertragsarzt über den Abbruch bzw. die Ablehnung sowie die bis dahin ggf. erzielten Ergebnisse, damit dieser dennoch auf eine dauerhafte Verhaltensänderung des Versicherten hinwirken und dessen Motivation zur Übernahme von Eigenverantwortung stärken kann.
- (10) Nach Beendigung der Maßnahme bei der AOK PLUS übergeben die Versicherten das Antragsformblatt dem erstbehandelnden Vertragsarzt, der darauf das medizinische Ergebnis unter „Abschlussuntersuchung des Arztes“ vermerkt und im Original mit der Quartalsabrechnung an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle einreicht.

- (11) Die Antragsformblätter sind für die teilnehmenden Vertragsärzte über die KVS erhältlich. Für die Herstellung bzw. Beschaffung der Antragsformblätter sowie für die Kostenübernahme zeichnet sich die AOK PLUS verantwortlich.
- (12) Die abgerechneten Antragsformblätter werden durch die KVS an die AOK PLUS (Bereich Gesundheitsförderung), weitergeleitet. Hier erfolgt die Erfassung im Rahmen des Qualitätsmanagements.
- (13) Im Sinne der Ausgestaltung dieser Vereinbarung informiert die AOK PLUS die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle und die Vertragsärzte über ihr aktuelles Angebot sowie über die dafür zuständigen Fachkräfte. Die hierzu notwendigen organisatorischen Erfordernisse werden zwischen der AOK PLUS und der KVS abgestimmt.

#### **§ 4**

#### **Teilnahmeberechtigte Ärzte**

- (1) Die ärztliche Information und Befürwortung des sekundärpräventiven Angebotes der AOK PLUS, einschließlich der in diesem Zusammenhang zu erbringenden ärztlichen Beratungs- und Untersuchungsleistungen dürfen nur durch niedergelassene Vertragsärzte, angestellte Ärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs.2 SGB V erfolgen.
- (2) Ausgenommen von der Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung sind die Ärzte, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können (z.B. Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie, Neuropathologie, Radiologie, diagnostische Radiologie, radiologische Diagnostik, Strahlentherapie)

#### **§ 5**

#### **Vergütung und Abrechnung**

- (1) Für die ärztliche Leistung gemäß § 3 entrichtet die AOK PLUS an die KVS pro ambulanten Fall die folgenden Pauschalen:
  - für die ärztliche Beratung, Information und Befürwortung der Maßnahme gemäß § 3 Abs. 1 bis 4:

**4,50 EUR**

Programm „Herz-Kreislauf“	GOP 99177A
Programm „Rücken“	GOP 99192A
Programm „Metabolisches Syndrom“	GOP 99194A
Programm „Ernährungsberatung“	GOP 99195A

- für die Abschlussuntersuchung des Arztes gemäß § 3 Abs. 10:

**10,50 EUR**

Programm „Herz-Kreislauf“	GOP 99178A
Programm „Rücken“	GOP 99193A
Programm „Metabolisches Syndrom“	GOP 99197A
Programm „Ernährungsberatung“	GOP 99196A

Die Pauschalen sind jeweils gesondert abrechnungsfähig. Die vereinbarte Pauschale ist jeweils nur einmal pro ambulantem Behandlungsfall, gemäß Anlage 1, berechnungsfähig.

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung Ärzte.

- (2) Mit der Pauschalvergütung nach Abs. 1 ist auch die vom Arzt durchzuführende Dokumentation nach Anlage 2, abgegolten. Die für die Abschlussuntersuchung des Arztes vereinbarte Pauschalvergütung nach Abs. 1 wird nur dann gewährt, wenn der behandelnde Arzt die Dokumentation und Einreichung des Antragsformblattes bzw. der von ihm hiervon einzureichenden Bestandteile an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle entsprechend § 3 Abs. 10 durchgeführt hat.
- (3) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Abrechnungs-/Überweisungsscheine gemäß Vordruckvereinbarung bzw. die gemäß BMV-Ä zulässigen Datenträger.
- (4) Die KVS erfasst diese Leistungen im KT-Viewer, Kontenart 400, bis zur Ebene 6 und stellt damit der AOK PLUS kalendervierteljährlich die Häufigkeitsstatistik für die nach dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen zur Verfügung.
- (5) Bei Nichtwiedervorstellung des AOK PLUS-Versicherten bei dem die jeweilige Maßnahme befürwortenden Arztes gelangt nur die Pseudo GOP 99177A, 99192A, 99194A oder 99195A zur Abrechnung. Für den abrechnenden Arzt besteht in diesen Fällen keine Erbringungspflicht nach § 3 Abs. 10.
- (6) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVS, der Zahlungstermine, der sachlich-rechnerischen Berichtigung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern entsprechend.

## **§ 6 Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere die des Bundesdatenschutzgesetzes, des Sächsischen Datenschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches zu beachten.
- (2) Alle Daten, die die AOK PLUS von den befürwortenden Ärzten in diesem Zusammenhang erhält, werden nur zum Zweck der Realisierung dieses Vertrages verwendet.

## **§ 7 Inkrafttreten, Geltungsdauer**

- (1) Der Vertrag löst den Vertrag vom 01.04.1997 ab und tritt am 01.10.2009 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, erstmalig jedoch zum 30.09.2011.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen fristlosen Kündigung aus wichtigem Grunde bleibt unberührt.

Die AOK PLUS kann den Vertrag auch dann aus wichtigem Grund kündigen, wenn aufgrund einer Änderung der Rechts- oder Gesetzeslage oder eines Eingreifens oder einer sonstigen Maßnahme der Aufsicht führenden Behörden die Grundlage der Vertragserfüllung wesentlich verändert wird oder ganz entfällt.

- (4) Jede Kündigung bedarf der Schriftform.

## **§ 8 Schlussbestimmungen**

- (1) Die Vertragsparteien haben keine mündlichen Nebenabreden zu diesem Vertrag getroffen.
- (2) Änderungen und Ergänzungen des Vertrages sind nur dann wirksam, wenn sie zwischen den Vertragsparteien schriftlich vereinbart werden. Dasselbe gilt für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

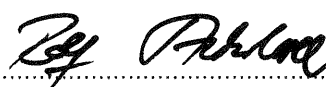
- (3) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages undurchführbar oder rechtsunwirksam sein oder werden, so wird dadurch die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. In einem solchen Fall sind die Vertragsparteien einander verpflichtet, jede unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmung durch eine solche wirksame und durchführbare zu ersetzen, die dem verfolgten wirtschaftlichen Zweck möglichst nahe kommt. Entsprechendes gilt für die Schließung planwidriger Vertragslücken.

Dresden, **28. Aug. 2009**



.....  
Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen

Dresden,



.....  
AOK PLUS -  
Die Gesundheitskasse für  
Sachsen und Thüringen.

Anlagen

- Anlage 1 – Handlungsfelder und Programme
- Anlage 2 – Muster-Antrag