

**Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V
als Ergänzung zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V**

**zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung der
Versicherten in Pflegeeinrichtungen
(„Pflegeheim PLUS Sachsen“)**

zwischen der

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand
hier vertreten durch den
Stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes
Herrn Rainer Striebel,
- im Folgenden „**AOK PLUS**“ genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch
Herrn Dr. Klaus Heckemann,
- im Folgenden „**KV Sachsen**“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Präambel..... | 4 |
| Abschnitt I – Ziele, Gegenstand, Grundsätze und Geltungsbereich | 4 |
| § 1 Gegenstand und Ziele des Vertrages | 4 |
| § 2 Geltungsbereich des Vertrages | 4 |
| Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte..... | 4 |
| § 3 Teilnahmeberechtigte Hausärzte | 4 |
| § 4 Teilnahmeberechtigte Fachärzte | 5 |
| § 5 Einschreibung der teilnehmenden Ärzte | 5 |
| § 6 Beendigung der Teilnahme der Ärzte, Sonderkündigungsrecht, Ausschluss | 6 |
| Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten | 6 |
| § 7 Teilnahmeberechtigte Versicherte | 6 |
| § 8 Einschreibung der Versicherten..... | 7 |
| Abschnitt IV – Leistungen, Qualitätssicherung und Aufgaben der Ärzte | 7 |
| § 9 Versorgungsverbund | 7 |
| § 10 Leistungen des Hausarztes | 8 |
| § 11 Leistungen des Facharztes..... | 9 |
| Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner | 10 |
| § 12 Aufgaben der KV Sachsen | 10 |
| § 13 Aufgaben der AOK PLUS | 10 |
| Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung | 11 |
| § 14 Vergütung der teilnehmenden Ärzte | 11 |
| § 15 Abrechnung der teilnehmenden Ärzte..... | 11 |
| Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände | 12 |
| § 16 Gewährleistung und Haftung | 12 |
| § 17 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch | 12 |
| § 18 Öffentlichkeitsarbeit | 12 |
| § 19 Vertragsänderungen und Formvorschriften | 12 |
| § 20 Evaluation | 12 |
| § 21 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung | 13 |
| § 22 Salvatorische Klausel | 13 |

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten
- Anlage 2 – Teilnahmeerklärung Ärzte
- Anlage 3 – Vergütung
- Anlage 4 – Abrechnung der KV Sachsen
- Anlage 5 – Übersicht der kooperierenden Pflegeeinrichtungen
- Anlage 6 – Technische Anlage

Präambel

Die Zunahme des durchschnittlichen Alters der Gesellschaft geht einher mit einer Zunahme chronischer und multimorbider Krankheitsbilder. Der koordinierten Zusammenarbeit aller an der medizinischen Versorgung Beteiligten kommt deshalb eine herausragende Bedeutung zu. Ziel des Strukturvertrages „Pflegeheim PLUS Sachsen“ ist es, auf der Basis eines Versorgungsverbundes die Lebens- und Betreuungsqualität für Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen zu erhöhen. Mit diesem Vertrag werden die Voraussetzungen geschaffen, dass das Pflegepersonal des Heimes in Krisensituationen eine telefonische Rufbereitschaft des Versorgungsverbundes nutzen und damit Notdienste und Krankenhäuser entlasten kann.

Der vorliegende Vertrag versteht sich als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen werden, finden daher die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Vertragsarzt und Patient.

Abschnitt I – Ziele, Gegenstand, Grundsätze und Geltungsbereich

§ 1

Gegenstand und Ziele des Vertrages

- (1) Mit diesem Vertrag soll die ambulante medizinische Betreuung der Bewohner in Pflegeeinrichtungen verbessert sowie eine optimale Medikation sichergestellt werden. Dadurch soll sich die Lebensqualität der Versicherten erhöhen. Belastende Fahrten mit dem Krankentransport sowie nicht notwendige Krankenhausbehandlungen sollen vermieden und zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden.
- (2) Eine Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages ist nur dann möglich, wenn in einer gemäß Anlage 5 aufgeführten Pflegeeinrichtung mindestens 2 Hausärzte einen Versorgungsverbund aufgebaut haben. Diese Voraussetzung gilt als erfüllt, wenn mindestens 2 Hausärzte für dieselbe Pflegeeinrichtung ihre Teilnahmebestätigung durch die KV Sachsen erhalten haben.

§ 2

Geltungsbereich des Vertrages

Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Vertrages sind ausschließlich die in Anlage 5 aufgeführten vollstationären Pflegeeinrichtungen.

Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmeberechtigte Hausärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs.2 SGB V, die als Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nrn. 1 und 3 - 5 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die ihre

Teilnahme an diesem Vertrag gegenüber der KV Sachsen erklärt haben. Diese gilt auch für ermächtigte Ärzte mit einem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes.

- (2) Bei einer Teilnahme ausschließlich über angestellte Hausärzte nimmt der anstellende Vertragsarzt bzw. die Einrichtung am Vertrag teil. Die Einrichtung kann nur einmal am Vertrag teilnehmen, auch wenn mehrere angestellte Hausärzte die Voraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme wird durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten Hausarzt/Hausärzten erklärt. In diesem Fall sind die persönlichen Anforderungen durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung jeweils über die Person des angestellten oder in der Praxis tätigen Hausarztes nachzuweisen sowie das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen.

§ 4

Teilnahmeberechtigte Fachärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs.2 SGB V folgender Fachgebiete:

Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Psychotherapie, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag gegenüber der KV Sachsen erklärt haben.

- (2) § 3 Absatz 2 gilt entsprechend.
- (3) In ausgewählten Pflegeeinrichtungen können in Abstimmung zwischen den Vertragspartnern auch Fachärzte für Urologie sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten teilnahmeberechtigt werden. Näheres regelt eine gesonderte schriftliche Vereinbarung zwischen der KV Sachsen und der AOK PLUS.

§ 5

Einschreibung der teilnehmenden Ärzte

- (1) Der Hausarzt oder der Facharzt erklären ihre Teilnahme am Vertrag gemäß Anlage 2 gegenüber der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen (Einschreibung).
- (2) Die KV Sachsen prüft die Teilnahmeanträge und teilt dem Arzt grundsätzlich innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der vollständigen Nachweise das Ergebnis der Prüfung schriftlich mit. Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, erhält der Arzt eine schriftliche Genehmigung mit Festlegung des Teilnahmebeginns (abhängig vom Zustandekommen des Versorgungsverbundes).
- (3) Die Ärzte haben gegenüber der KV Sachsen das Entfallen einer Teilnahmevoraussetzung unverzüglich nach Kenntniserlangung schriftlich anzuzeigen.

§ 6**Beendigung der Teilnahme der Ärzte, Sonderkündigungsrecht, Ausschluss**

- (1) Der Arzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Sachsen kündigen. Das Recht des Arztes zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt im Übrigen unberührt.
- (2) Sofern die Voraussetzungen des Versorgungsverbundes nicht mehr vorliegen, endet die Teilnahme des verbleibenden Arztes zum selben Zeitpunkt.
- (3) Nimmt die von dem Arzt auf der Teilnahmeerklärung angegebene Pflegeeinrichtung nicht mehr am Vertrag teil, endet die Genehmigung des Arztes zur Teilnahme für diese Einrichtung.
- (4) Sollten die Vertragspartner (KV Sachsen und AOK PLUS) Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen, hat die KV Sachsen die teilnehmenden Ärzte hierüber in geeigneter Form zu informieren. Im Falle von Änderungen des Vertrages und/oder einer Anlage kann der Arzt seine Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen zum Quartalsende kündigen, wenn er von der Änderung oder Ergänzung betroffen ist und er die Teilnahme an dem Vertrag aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Die Kündigung hat schriftlich, gegenüber der KVS zu erfolgen. Die KV Sachsen informiert die AOK PLUS über die Kündigung des Arztes im Rahmen des nächsten Arztverzeichnisses. Kündigt der Arzt nicht innerhalb der Frist gemäß Satz 2 und führt er den Vertrag fort, gelten die Änderungen des Vertrages bzw. seiner Anlagen für ihn als akzeptiert.
- (5) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag kann gegenüber dem Arzt durch die KV Sachsen mit sofortiger Wirkung gekündigt werden (Ausschluss), wenn der Arzt gegen eine andere ihm nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen der Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KV Sachsen nicht innerhalb der Frist beseitigt oder wenn er in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen verstößt.
- (6) Die Entscheidung über den Ausschluss eines Arztes treffen die KV Sachsen und die AOK PLUS gemeinsam und einvernehmlich.

Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten**§ 7****Teilnahmeberechtigte Versicherte**

- (1) Versicherte der AOK PLUS können an dieser Versorgung teilnehmen, sofern
 - a) sie Bewohner einer der in Anlage 5 aufgeführten vollstationären Pflegeeinrichtung sind und
 - b) sie (bzw. der entsprechend gesetzlich Bevollmächtigte) durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren und
 - c) einen in der Pflegeeinrichtung an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt gewählt haben.
- (2) Neben der Teilnahme an dieser Versorgung sind weder die freie Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen eingeschränkt.

- (3) Bei einem Wechsel des Versicherten zu einem anderen teilnehmenden Hausarzt ist eine erneute Teilnahmeerklärung abzugeben.

§ 8

Einschreibung der Versicherten

- (1) Die Einschreibung der Versicherten in diese Versorgung erfolgt beim Hausarzt auf der von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1).
- (2) Vor der Unterzeichnung durch den Versicherten (bzw. den entsprechend gesetzlich Bevollmächtigten) erfolgt durch den Hausarzt eine persönliche und umfassende Beratung über die Inhalte und Ziele dieses Vertrages.
- (3) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten am Vertrag erfolgt in 3-facher Ausfertigung und ist wie folgt aufzuteilen:

| | |
|----------------|--|
| Original | Ausfertigung für die AOK PLUS |
| 1. Durchschlag | Ausfertigung für den Hausarzt |
| 2. Durchschlag | Ausfertigung für die Pflegeeinrichtung |
| 3. Durchschlag | Ausfertigung für den Versicherten |

- (4) Der Hausarzt ist verpflichtet, in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Einschreibung des Versicherten die Zusendung des Originals der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1) an die auf dieser angegebenen Adresse an die AOK PLUS sicherzustellen. Dabei kann der Versand an die AOK PLUS in der genannten Frist auch durch die Pflegeeinrichtung erfolgen.
- (5) Die AOK PLUS prüft nach Eingang die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1) innerhalb von 10 Arbeitstagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sollte die Teilnahme- und Einwilligungserklärung unvollständig oder fehlerhaft sein, fordert die AOK PLUS den Versicherten und/oder den Hausarzt schriftlich zur Korrektur oder Vervollständigung auf. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem jüngsten Unterschriftsdatum bzw. mit dem Datum des Beginns der Genehmigung zur Teilnahme des einschreibenden Arztes.
- (6) Die Teilnahme an dieser Versorgung kann vom Versicherten jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS schriftlich gekündigt werden.
- (7) Die AOK PLUS unterrichtet den Versicherten schriftlich über das Ende der Teilnahme.

Abschnitt IV – Leistungen, Qualitätssicherung und Aufgaben der Ärzte

§ 9

Versorgungsverbund

Nach den Maßgaben dieses Strukturvertrages wählt der Versicherte seinen an „Pflegeheim PLUS Sachsen“ teilnehmenden Hausarzt. Der gewählte Hausarzt bildet mindestens mit einem weiteren Hausarzt den Versorgungsverbund der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Darüber hinaus soll der Versorgungsverbund der Hausärzte nach den vertraglichen Regelungen eine Zusammenarbeit mit mindestens einem teilnehmenden Facharzt aufbauen. Innerhalb dieses Versorgungsverbundes arbeiten die Ärzte entsprechend den Regeln des Vertrages eng zusammen. Sowohl die Hausärzte als auch die Fachärzte übernehmen gemeinsam die Ver-

antwortung zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung in der Pflegeeinrichtung.

Der Versorgungsverbund bildet, soweit zwischen den Ärzten nichts anderes vereinbart ist, keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB und die selbständige Berufsausübung der beteiligten Ärzte bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die Ärzte, insbesondere nach Maßgabe der folgenden Regelungen, bei der Versorgung der Versicherten zusammen.

§ 10 Leistungen des Hausarztes

- (1) Im Rahmen des Vertrages übernimmt der Hausarzt bei den von ihm in den Vertrag eingeschriebenen, teilnehmenden Versicherten folgende Aufgaben:
 1. führt mindestens 2-mal im Quartal einen Besuch in der Pflegeeinrichtung durch und bindet bei Bedarf den erforderlichen Facharzt zeitnah durch Überweisung in die Behandlung ein,
 2. gewährleistet mindestens alle 14 Tage einen Besuch seiner behandlungsbedürftigen Patienten,
 3. arbeitet eng mit dem Pflegepersonal der Pflegeeinrichtung zusammen,
 4. bindet den am Vertrag teilnehmenden Facharzt zur Durchführung der medizinischen Behandlung bedarfsgerecht ein und stimmt die Medikation und Therapie mit ihm ab, sofern diese dessen Fachgebiet betreffen,
 5. nutzt die telefonische Rufbereitschaft des Facharztes, um sich in dringenden Fällen mit ihm abzustimmen,
 6. stellt die Steuerung der medizinischen Versorgung sicher,
 7. informiert im Bedarfsfall die Versicherten über die Teilnahme an bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen und unterstützt bei Zustimmung zur Teilnahme bei der Einschreibung in das jeweils geeignete Programm,
 8. nimmt erforderliche Einweisungen zur stationären Krankenhausbehandlung gezielt unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten vor und stellt für die stationäre Behandlung bedeutsame Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie zur Verfügung
 9. übernimmt die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen und sorgt für deren bedarfsgerechte Umsetzung und
 10. verpflichtet sich bei der Verordnung der Medikamente zur Beachtung der Priscus-Liste.

- (2) Die Hausärzte des Versorgungsverbundes einer Pflegeeinrichtung übernehmen folgende Leistungen:
 1. erstellen einen Rufbereitschaftsplan mit Vertretungsregelung für die unter Punkt 2 aufgeführten Zeiten mit folgenden Angaben:
 - a) Name und Telefonnummer des Hausarztes für die Zeit der Rufbereitschaft
 - b) Name und Telefonnummer des Hausarztes für den Fall der Vertretung der Rufbereitschaft,

2. stellen die telefonische Rufbereitschaft (unbenommen von der Teilnahme am Kasernenärztlichen Bereitschaftsdienst) für das Pflegepersonal der Pflegeeinrichtung durch mindestens einen Hausarzt in den Zeiten von:
 - a) Montag bis Freitag von 08:00 Uhr bis 21:00 Uhr und
 - b) am Wochenende, an gesetzlichen Feiertagen und am 24./31.12. von 10:00 Uhr bis 18:00 Uhr sicher,
 3. stellen der Pflegeeinrichtung jeweils den aktuellen Rufbereitschaftsplan zur Verfügung,
 4. führen im Rahmen der Rufbereitschaft einen dringenden Besuch in der Pflegeeinrichtung durch, wenn dieser aufgrund einer gesundheitlichen Krisensituationen eines Versicherten erforderlich wird,
 5. behandeln im Bedarfsfall während ihrer Besuche auch behandlungsbedürftige Versicherte anderer Hausärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen,
 6. nehmen erforderliche Dokumentationen in der in der Pflegeeinrichtung vorhandenen patientenindividuellen „Akte“ auch im Vertretungsfall vor,
 7. weisen auf Unfallquellen in der Pflegeeinrichtung hin,
 8. vereinbaren mit dem teilnehmenden Facharzt Zeiten für eine telefonische Erreichbarkeit, um in dringenden Fällen die Weiterbehandlung der Versicherten abzustimmen,
 9. stimmen sich innerhalb des Versorgungsverbundes mindestens halbjährlich insbesondere zu Versicherten mit mehr als 5 unterschiedlichen Wirkstoffen über die weitere Medikation ab.
- (3) Zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotentialen im Bereich der Arzneimittel sind folgende Grundsätze durch den Hausarzt zu beachten:
1. Vorrangig sollen Generika eingesetzt werden.
 2. Die Verordnung von Analogpräparaten soll weitgehend vermieden werden.
 3. Bei gleichwertigen Arzneimittelalternativen ist der wirtschaftlichsten der Vorrang zu geben.
 4. Rabattverträge sollen vorrangig berücksichtigt werden.
- (4) Es gelten die Regelungen der Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zur Berücksichtigung von Vorab-Praxisbesonderheiten nach § 106 Abs. 5a SGB V.

§ 11 Leistungen des Facharztes

- (1) Im Rahmen der Behandlung der Versicherten erbringt der Facharzt folgende Leistungen:
1. führt mindestens 1-mal im Quartal für die am Vertrag teilnehmenden, entsprechend fachärztlich zu betreuenden Versicherten einen Besuch in der Pflegeeinrichtung durch,
 2. sichert eine telefonische Rufbereitschaft für den Versorgungsverbund der Hausärzte zu vereinbarten Zeiten, um in dringenden Fällen die Weiterbehandlung der Versicherten abzustimmen,

3. führt auf Veranlassung des Hausarztes einen Besuch der Versicherten in der Pflegeeinrichtung durch,
 4. führt im Fall einer Krisensituation eines Versicherten einen zeitnahen Besuch in der Pflegeeinrichtung durch,
 5. stimmt die Medikation und Therapie unter Beachtung der Grundsätze nach § 9 Abs. 3 mit dem Hausarzt ab.
- (2) Es gelten die Regelungen der Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zur Berücksichtigung von Vorab-Praxisbesonderheiten nach § 106 Abs. 5a SGB V.

Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner

§ 12 Aufgaben der KV Sachsen

- (1) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der AOK PLUS erfolgt durch die KV Sachsen ausschließlich nach dem in Anlage 4 beschriebenen Verfahren.
- (2) Die KV Sachsen publiziert das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen.
- (3) Die KV Sachsen setzt sich mit Unterstützung der AOK PLUS dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von Haus- und Fachärzten an diesem Vertrag mitwirkt, um unter Beachtung der Regionalität für die in Anlage 5 aufgeführten Pflegeeinrichtungen eine Versorgung der Versicherten nach den Regeln des Vertrages zu gewährleisten.
- (4) Die KV Sachsen erstellt und aktualisiert das Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte und übermittelt dieses der AOK PLUS wöchentlich sowie auf Anfrage. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in der Anlage 6 geregelt.
- (5) Die KV Sachsen informiert die teilnehmenden Ärzte umfassend und unverzüglich über Änderungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage.

§ 13 Aufgaben der AOK PLUS

- (1) Die AOK PLUS informiert ihre Versicherten über diesen Vertrag, insbesondere über dessen Ziele, Teilnahmebedingungen und über die teilnehmenden Ärzte.
- (2) Die AOK PLUS versendet an die teilnehmenden Ärzte (nach Übermittlung des entsprechenden Verzeichnisses durch die KV Sachsen) die Teilnahmeerklärungen für die Versicherten. Alternativ kann der Versand auch an die Pflegeeinrichtung erfolgen.
- (3) Die AOK PLUS informiert die teilnehmenden Ärzte gemeinsam mit der KV Sachsen regelmäßig über die aktuellen Versorgungsangebote. Dies betrifft insbesondere Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V, Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V, Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V.

- (4) Die AOK PLUS übermittelt einmal im Quartal bis spätestens zum Ende des auf das Leistungsquartal folgenden Monats ein Versichertenverzeichnis mit Zuordnung der Versicherten zum jeweils gewählten Hausarzt in elektronischer Form an die KV Sachsen. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in der Anlage 6 geregelt.

Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung

§ 14

Vergütung der teilnehmenden Ärzte

- (1) Die Vergütung der teilnehmenden Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages und gemäß der Anlage 3.
- (2) Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Die Vergütungen gemäß Anlage 3 werden zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) durch die AOK PLUS gezahlt. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten. Weitergehende ärztliche Leistungen, die nicht Gegenstand dieses Versorgungsauftrages sind, werden über den EBM vergütet.
- (3) Der Arzt hat nach Maßgabe der Anlage 3 gegenüber der KV Sachsen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertrags- und ordnungsgemäß nach Maßgabe dieses Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen. Sofern die KV Sachsen bzw. die AOK PLUS Zahlungen geleistet hat, auf die die Ärzte keinen Anspruch nach diesem Vertrag haben, ist die KV Sachsen bzw. die AOK PLUS berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Abrechnungen abzuziehen. Dies gilt auch, wenn der betreffende Arzt seine Teilnahme an diesem Vertrag zum Zeitpunkt der Rückforderung bereits beendet hat. Der Rückforderungsanspruch wird durch die Beendigung des Vertrages nicht beeinträchtigt. Zur Sicherung der Durchsetzung und Rückforderung meldet die AOK PLUS ihre Rückforderungen der KV Sachsen unverzüglich nach Kenntniserlangung, spätestens jedoch ein Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Rückforderungen nach diesem Vertrag können im Übrigen nur gemäß den allgemeinen Aufrechnungsregelungen mit Vergütungen, die nach § 85 SGB V an den Arzt gezahlt werden, verrechnet werden.

§ 15

Abrechnung der teilnehmenden Ärzte

- (1) Die Abrechnung der vereinbarten Vergütung erfolgt gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KV Sachsen und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen sowie der Anlage 4.
- (2) Hinsichtlich der Zahlungstermine gelten die von der KV Sachsen veröffentlichten Termine für Restzahlungen. Für die sachlich-rechnerischen Berichtigungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die Bestimmungen des Gesamtvertrages.

Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände

§ 16

Gewährleistung und Haftung

Die medizinische Verantwortung verbleibt beim jeweils behandelnden Arzt des Versorgungsbundes. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieses Vertrages in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.

§ 17

Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

Es gelten die datenschutzrechtlichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 18

Öffentlichkeitsarbeit

Die Vertragspartner stimmen sich gegenseitig über Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit ab, die sie während der Laufzeit des Vertrages durchführen.

§ 19

Vertragsänderungen und Formvorschriften

- (1) Die Vertragspartner sind berechtigt, diesen Vertrag und/oder Anlagen mit Wirkung für die teilnehmenden Ärzte und/oder Versicherten zu ändern.
- (2) Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform und können nur einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern vorgenommen werden. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

§ 20

Evaluation

- (1) Die AOK PLUS behält sich vor, eine Evaluation dieses Vertrages im Hinblick auf die Ziele gemäß § 1 zu veranlassen. Die Inhalte der Evaluation werden zwischen der KV Sachsen und der AOK PLUS erarbeitet und einvernehmlich verabschiedet.
- (2) Sofern im Rahmen dieses Vertrages eine Evaluation und/oder Zufriedenheitsbefragung durchgeführt wird, erklären die Ärzte Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dieser, sowie zur Durchführung der mit der Evaluation ggf. verbundenen Dokumentation.
- (3) Eine Evaluation ist ohne zusätzlichen Vergütungsanspruch der teilnehmenden Ärzte Bestandteil des Vertrages. Einzelheiten zum Verfahren werden gesondert geregelt.

§ 21 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2013 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 31.12.2015, schriftlich gekündigt werden.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist jederzeit, nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere dann vor:
 1. wenn die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertrages sind, in erheblichem Umfang und nicht nur von einzelnen teilnehmenden Ärzten mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vertragszweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird,
 2. wenn zum wiederholten Mal gegen die Inhalte dieses Vertrages verstoßen wird oder
 3. wenn aufsichtsrechtliche, gerichtliche oder gesetzliche Maßnahmen dem Vertrag die Grundlage entziehen.
- (4) Die Anlagen können unabhängig von diesem Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung einzelner Anlagen berührt die Wirksamkeit des Vertrages nicht.
- (5) Jede Kündigung bedarf der Schriftform. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

§ 22 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für einen Vertragspartner derart wesentlich war, dass ihm ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am Nächsten kommen. Dies gilt auch für den Fall, dass die vorstehende Vereinbarung Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

Dresden,

gez.

gez.

KV Sachsen

AOK PLUS