Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V als Ergänzung zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen („PsycheAktiv Sachsen“) in der Fassung vom 01.10.2015

---

zwischen der

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen
vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes
- im Folgenden **„AOK PLUS“** genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch
Herrn Dr. med. Claus Vogel
- im Folgenden **„KVS“** genannt -

Präambel....4
Abschnitt I – Ziele, Gegenstand, Grundsätze und Geltungsbereich....6
§ 1 Ziele des Vertrages....6
§ 2 Gegenstand und Grundsätze des Vertrages....6
§ 3 Geltungsbereich des Vertrages....7
Abschnitt II – Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE....7
§ 4 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT....7
§ 5 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als FACHARZT....8
§ 6 Einschreibung der VERTRAGSÄRZTE....10
§ 7 Beendigung der Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss....10
Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten....11
§ 8 Teilnahmeberechtigung, Teilnahmevoraussetzungen und Verpflichtungen der Versicherten....11
§ 9 Einschreibung und Beginn der Teilnahme der Versicherten....13
§ 10 Beendigung der Teilnahme des Versicherten....14
Abschnitt IV – Leistungen der VERTRAGSÄRZTE und Qualitätssicherung....16
§ 11a Versorgungsverbund und Versorgungsnetz....16
§ 11b Leistungen des HAUSARZTES....18
§ 11c Leistungen des FACHARZTES....19
§ 12 Qualitätssicherung und Fortbildung....24
Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner....25
§ 13 Aufgaben der KVS....25
§ 14 Aufgaben der AOK PLUS....26
Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung....26
§ 15 Vergütung und Abrechnung der VERTRAGSÄRZTE....26
§ 16 Abrechnung der KVS....27
Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände....27
§ 17 Vertragskommission....27
§ 18 Gewährleistung und Haftung....28
§ 19 Kostentragungsabrede....28
§ 20 Datenschutz, Datentransparenz und –austausch....28
§ 21 Öffentlichkeitsarbeit....29
§ 22 Exklusivitätsklausel....29
§ 23 Vertragsänderungen und Formvorschriften....29
§ 24 Evaluation....30
§ 25 Inkrafttreten und Kündigung....30
§ 26 Salvatorische Klausel....31

Anlagenverzeichnis

1	Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (TE/EWE)
2	Teilnahmeerklärung Hausarzt
3	Teilnahmeerklärung Facharzt
4	Praxisausstattung
5	Technische Anlage
6a	Vergütung HAUSARZT
6b	Vergütung FACHARZT
6c	Leistungskomplexdefinition und Vergütung Therapiebegleiter
7a	Abrechnung der VERTRAGSÄRZTE
7b	Abrechnung der KVS
8	Arzneimittel
9	Verlängerungsantrag
10	Mitteilung über das Vorliegen von Beendigungs- oder Ausschlussgründen beim Versicherten
11	Mitteilung des FACHARZTES über Veränderungen im Versorgungsnetz
12	Dokumentationsbogen Krisentelefonate
13	Versorgungsverbundtreffen - Nachweis

Präambel

Psychische Erkrankungen, die eine starke Beeinträchtigung der psychosozialen Leistungs- und Funktionsfähigkeit, des Selbstwertgefühls und des Wohlbefindens der Betroffenen nach sich ziehen und mit einem hohen Leidensdruck einhergehen, gehören mit zunehmender Bedeutung zu den häufigsten Erkrankungen der heutigen Zeit.

Problematisch bei den psychischen Erkrankungen sind vor allem die gesellschaftliche Tabuisierung des Themas und die Stigmatisierung der Erkrankten. Vor dem Hintergrund, dass durch eine frühzeitige Erkennung und einen frühzeitigen Therapiebeginn die meisten psychischen Erkrankungen gut behandelbar sind, kommt auch den Angehörigen und dem sozialen Umfeld eine erhebliche Bedeutung bei der Behandlung und Betreuung der Erkrankten zu.

Der Status quo der Versorgung ist gekennzeichnet durch eine überwiegend geringe Vernetzung der an der Behandlung und Betreuung beteiligten Akteure. Des Weiteren ist es problematisch, dass aufgrund der Vielfältigkeit und Komplexität psychischer Erkrankungen diese in Allgemeinarztpraxen einerseits nur bei einem Teil der Patienten diagnostiziert und andererseits oft inadäquat behandelt werden. Daraus resultieren Defizite aufgrund der fehlenden oder zu späten Einbindung psychiatrischer Expertise, insbesondere von Fachärzten und sozialpsychiatrischen Leistungserbringern. Schnittstellen zwischen medizinischen und komplementären Diensten, wie bspw. Selbsthilfe- und Sportgruppen oder Kontakt- und Beratungsstellen, existieren kaum. Damit stellen die strukturelle Trennung der an der Behandlung mitwirkenden Leistungsbereiche verbunden mit existierenden Kapazitätsgrenzen in der Behandlung psychisch Kranker erhebliche Barrieren dar, so dass es spezieller Interventionen bedarf, um dem komplexen Versorgungs- und Betreuungsbedarf gerecht zu werden.

Ziel dieses Versorgungsvertrages soll es sein, psychische Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren und zu therapieren, um die Symptome sowie ihre Folgen zu vermeiden bzw. zu vermindern und langfristig Rückfällen, Wiedererkrankungen bzw. chronischen Krankheitsverläufen und „Drehtüreffekten“ vorzubeugen. Damit verbunden ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit sowie der Lebensqualität der Betroffenen. Darüber hinaus ist es Ziel, den Facharzt durch die Möglichkeit der Delegation fachärztlicher Leistungen an qualifizierte psychiatrische Fachkräfte (Therapiebegleiter) zu unterstützen und damit zeitlich zu entlasten. Neben diesen medizinischen Intentionen liegt der Focus dieses Versorgungsvertrages insbesondere auf der Integration der nichtmedizinischen Komplementärdienste, -angebote und -einrichtungen in die ambulante psychiatrische Versorgung.

Daher schließen die Vertragspartner diesen Vertrag auf der Grundlage des § 73a SGB V zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung psychisch Kranker. Entsprechend den gesetzlichen Intentionen ist es Gegenstand dieses Vertrages, einen Versorgungsverbund aus Hausarzt, Facharzt, Therapiebegleiter und Krankenhaus zu etablieren. Die besonderen Strukturvoraussetzungen zur Behandlung der Versicherten mit psychischen Erkrankungen soll vor allem durch eine enge Kooperation zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern gewährleistet werden. Insbesondere wählt der Versicherte bereits mit Vertragseinschreibung einen Hausarzt und einen Facharzt als seinen patientenbezogenen Versorgungsverbund, welche gemeinsam und in Abstimmung die Behandlung des Versicherten im Rahmen dieses Vertrages durchführen. Darüber hinaus arbeitet der Facharzt gemeinsam mit einem Therapiebegleiter und einem oder mehreren Krankenhäusern innerhalb eines Versorgungsnetzes zusammen, um insbesondere bei komplexen psychischen Erkrankungen die ambulante Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung zu ermöglichen.

Den allgemeinen Rahmen für die gemeinsame Umsetzung bilden § 73a SGB V und die in diesem Vertrag getroffenen Regelungen. Der vorliegende Vertrag versteht sich als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit in diesem Vertrag keine abweichenden Regelungen getroffen werden, finden 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 der von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen Vertragsarzt und Patient. Deren Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus diesem Vertrag ergibt und seinem Sinn und Zweck entspricht.

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

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

Vertragspartner – sind die AOK PLUS und die KVS.

HAUSARZT – ist der vertragsärztlich tätige Arzt, welcher unter Erfüllung der in § 4 definierten Anforderungen und nach einer Bestätigung gemäß § 6 Abs. 2 Punkt 1 an diesem Vertrag teilnimmt.

FACHARZT – ist der vertragsärztlich tätige Arzt, welcher unter Erfüllung der in § 5 definierten Anforderungen und nach einer Bestätigung gemäß § 6 Abs. 2 Punkt 1 an diesem Vertrag teilnimmt.

VERTRAGSÄRZTE – sind die vorstehend definierten HAUS- UND FACHÄRZTE.

Krankenhaus – ist das gemäß § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus, welches

a) mit dem Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie oder für das Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin oder

b) als Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie

ausgewiesen und gemäß § 11a Abs. 3 b) in das Versorgungsnetz eingebunden ist.

Therapiebegleiter – ist eine Person, die unter Erfüllung der in § 11a Abs. 3 a) definierten Anforderungen in das Versorgungsnetz eingebunden ist.

Versorgungsnetz – ist eine im Rahmen des Vertrages etablierte Teilstruktur des Versorgungsverbundes, bestehend aus FACHARZT, Krankenhaus und Therapiebegleiter gemäß § 11a Abs. 3.

Versorgungsverbund – ist der vom Versicherten durch die TE/EWE (Anlage 1) gewählte, patientenbezogene Verbund aus HAUSARZT und Versorgungsnetz mit FACHARZT, Therapiebegleiter und Krankenhaus gemäß § 11a Abs. 1 und 2.

Leistungserbringer – sind die im Versorgungsverbund gemäß § 11a Abs. 1 und 2 teilnehmenden HAUS- und FACHÄRZTE sowie die innerhalb der etablierten Versorgungsnetze eingebundenen Krankenhäuser und Therapiebegleiter.

Versicherter – ist der psychisch kranke Patient, der bei der AOK PLUS versichert ist.

TE/EWE – Abkürzung für Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten.

AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle – ist ein Arztinformationssystem (AIS), welches die Schnittstellenspezifikation gemäß Anlage 4 unterstützt und vom FACHARZT direkt beim Hersteller des jeweiligen AIS angefordert wird (S3C-IT-Vertragsschnittstelle).

Komplementärdienste – sind sämtliche nichtmedizinische Betreuungs- und Versorgungsstrukturen, die als niedrigschwellige Unterstützungsangebote für psychisch Kranke existieren (z. B. Selbsthilfegruppen, Sportvereine, Kontakt- und Beratungsstellen, etc.)

Abschnitt I – Ziele, Gegenstand, Grundsätze und Geltungsbereich

§ 1
Ziele des Vertrages

Mit diesem Vertrag zwischen der KVS und der AOK PLUS sollen die bisherigen ambulanten Versorgungsstrukturen weiterentwickelt und somit maßgeblich verbessert werden. Im Einzelnen sollen nachfolgende Ziele durch die Umsetzung dieses Vertrages erreicht werden:

1. fachärztliche Diagnosestellung bzw. -sicherung,
2. Vermeidung von vollstationären Krankenhausbehandlungen/Fehleinweisungen,
3. Erhalt der Arbeitsfähigkeit, Wiederherstellung oder Verkürzung der Dauer von Arbeitsunfähigkeit, Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten,
4. Optimierung des Medikationsbedarfs,
5. Verbesserung der Compliance,
6. Erhöhung der Lebensqualität der Versicherten, Sicherung einer langfristigen Stabilität der Psyche und Symptomfreiheit im Sinne einer Rezidivprophylaxe,
7. Etablierung einer koordinierten und arbeitsteiligen Zusammenarbeit in dem patientenbezogenen Versorgungsverbund,
8. Schnittstellenetablierung/-optimierung zwischen medizinischen und nichtmedizinischen/komplementären Versorgungsbereichen.

§ 2
Gegenstand und Grundsätze des Vertrages

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist der Aufbau eines interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgungsverbundes, welcher konkret im § 11a beschrieben ist, sowie die Etablierung neuer Behandlungsabläufe und -strukturen im Rahmen der Diagnostik, Therapie und sozialen Betreuung.

Zur Verwirklichung dieser Intentionen werden im Rahmen der vernetzten Versorgung innerhalb dieses Vertrages drei neue Versorgungssäulen etabliert:

1. ZWEITMEINUNGSVERFAHREN

Versicherte werden vor einer stationären Einweisung zur psychiatrischen Krankenhausbehandlung, welche durch einen HAUSARZT veranlasst wird, im Rahmen eines ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS bei einem FACHARZT vorgestellt.

2. ENTLASSUNGSMANAGEMENT

Bei Versicherten, welche sich in psychiatrischer teil- oder vollstationärer Krankenhausbehandlung befinden, wirken die an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringer im Rahmen eines ENTLASSUNGSMANAGEMENTS gemeinsam darauf hin, dass eine nahtlose Überführung in die ambulante Behandlung, eine Rückkehr des Versicherten in sein gewohntes Umfeld ermöglicht sowie eine Rehospitalisierung vermieden wird.

3. INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Für besonders schwer psychisch Erkrankte, deren Versorgung sich im ambulanten Bereich - bspw. aufgrund mangelnder Compliance, bestehenden Antriebs- und/oder Verhaltensstörungen und damit verbunden bestehender sozialer Isolation - als problematisch erweist bzw. beim Vorliegen eines komplexen Behandlungsbedarfs und bestehender Rehospitalisierungsgefahr (Heavy user), wird im Rahmen des Versorgungsverbundes eine interdisziplinäre Behandlung mit einem individuell auf den jeweiligen Patienten zugeschnittenen Therapieplan etabliert. Zentrales Element dieser Versorgungssäule ist

die besondere sozialpsychiatrische Betreuung der Versicherten durch einen Therapiebegleiter. Alle weiteren notwendigen Dienste aus den tangierenden medizinischen, psychologischen und therapeutischen Bereichen werden nach Notwendigkeit im Rahmen der regulären Versorgung eingebunden. Die INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG ist geprägt durch eine komplexe und kontinuierliche ambulante Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung. ZWEITMEINUNGSVERFAHREN und ENTLASSUNGSMANAGEMENT sind in dieser Versorgungssäule integriert.

(2) Die VERTRAGSÄRZTE verpflichten sich zu einer nach den Maßgaben dieses Vertrages abgestimmten qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, insbesondere bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln. Im Rahmen dieses Vertrages können die derzeit auf Landesebene für die VERTRAGSÄRZTE geltenden Richtgrößen im Einzelfall überschritten werden. Dies kann dazu führen, dass sie statistisch auffällig werden und ggf. mit einer Richtgrößenprüfung rechnen müssen. Die AOK PLUS wird in diesem Fall die Prüfgremien der Selbstverwaltung über die Vertragsinhalte informieren und eine adäquate Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten für Arzneimittel im Rahmen ggf. entstehender Prüfverfahren anregen.

(3) Im Rahmen dieses Vertrages ist der Einsatz eines AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle für die FACHÄRZTE vorgesehen (§ 5 Abs. 3 Punkt 7). Die Anforderungen an dieses AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle ergeben sich aus der Anlage 4.

(4) Die Regelungen dieses Vertrages gelten sinngemäß für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V sowie für Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV, soweit die entsprechenden Regelungen die Person des angestellten VERTRAGSARZTES betreffen.

(5) Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.

(6) Die Teilnahme der Vertragsärzte und der Versicherten an diesem Vertrag ist freiwillig.

(7) Eine Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages ist nur dann möglich, wenn die Bildung eines patientenbezogenen Versorgungsverbundes (§ 11a) über die unterzeichnete TE/EWE nach Anlage 1 nachgewiesen worden ist.

§ 3
Geltungsbereich des Vertrages

Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Vertrages ist der Bezirk der KVS.

Abschnitt II – Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE

§ 4
Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT

(1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V

- niedergelassene Ärzte,
- ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V oder Vertragsärzte mit gemäß § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV angestellten Ärzten

mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS, die jeweils durch Allgemeinärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGB V, Internisten gemäß

§ 73a Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V, Praktische Ärzte gemäß § 73a Abs. 1a Satz 1 Nr. 4 SGB V oder Ärzte gemäß § 73a Abs. 1a Satz 1 Nr. 5 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen bzw. die Leistungen als angestellte Ärzte erbringen. Eine Teilnahme eines angestellten Hausarztes ist ausschließlich mit Zustimmung des anstellenden Vertragsarztes/der anstellenden Einrichtung möglich. 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.

(2) Als Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei der Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, gelten folgende persönliche Anforderungen:

1. die Zulassung oder Ermächtigung und Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte ZV bezieht sich auf den Bezirk der KVS und auf die hausärztliche Versorgung,
2. Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insbesondere die Mitwirkung und Kooperation innerhalb der etablierten Versorgungsverbunde gemäß § 11a Abs. 1 und 2,
3. Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon/Faxnummer des Hausarztes auf einer zugänglichen Informationsplattform der AOK PLUS und der KVS zur Information für Versicherte, Vertragsärzte und Krankenhäuser,
4. Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird, sowie zur Durchführung der damit ggf. verbundenen Dokumentationen,
5. Bereitschaft zur Anregung von und zur Teilnahme an Fallberatungen gemäß § 12 Abs. 3 sowie Bereitschaft zur Teilnahme an den Versorgungsverbundtreffen gemäß § 12 Abs. 4.

§ 5
Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als FACHARZT

(1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V

- niedergelassene Fachärzte im Sinne des Abs. 3,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V oder Vertragsärzte mit gemäß § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV angestellten Fachärzten nach dem ersten Anstrich

mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS. Eine Teilnahme eines angestellten Facharztes ist ausschließlich mit Zustimmung des anstellenden Vertragsarztes/der anstellenden Einrichtung möglich. Die Teilnahme wird durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten Facharzt/Fachärzten 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 Facharztes nachzuweisen sowie das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen. Die sachlichen Voraussetzungen gemäß § 11a Abs. 3a sind bei angestellten Fachärzten durch die Einrichtung bzw. die Vertragsarztpraxis zu erfüllen bzw. bereitzustellen.

(2) Die Vertragskommission gemäß § 17 kann im Einzelfall, wenn dies für die Sicherstellung der Versorgung im Rahmen dieses Vertrages notwendig ist, über die Teilnahme weiterer

geeigneter Leistungserbringer beraten, sofern die besonderen persönlichen und sachlichen Anforderungen nach Abs. 3 erfüllt sind.

(3) Als Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei der Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, gelten folgende persönliche und sachliche Anforderungen:

1. Facharzt für Neurologie und Psychiatrie,

   Facharzt für Nervenheilkunde,

   Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

   Facharzt für Psychiatrie,

   Facharzt für Neurologie mit Qualifikation zur Behandlung psychisch Kranker (entsprechend Abrechnungsgenehmigung für Leistungen aus dem Kapitel 21 EBM 2000plus),

2. die Zulassung oder Ermächtigung und Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV bezieht sich auf den Bezirk der KVS,
3. Vorhaltung eines Therapiebegleiters unter Nachweis der gem. § 11a Abs. 3a) Ziffer I definierten Qualifikationen,
4. Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insbesondere die Etablierung eines Versorgungsnetzes unter Einbindung eines Therapiebegleiters und eines Krankenhauses gemäß § 11a Abs. 3 und die Zusammenarbeit innerhalb dieser,
5. Zustimmung zur Veröffentlichung von Namen, Vornamen, Praxisanschrift, Telefon/Faxnummer des FACHARZTES auf einer zugänglichen Informationsplattform der AOK PLUS und der KVS zur Information für Versicherte, Vertragsärzte und Krankenhäuser,
6. Teilnahme an einer Evaluation, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird, sowie zur Durchführung der damit ggf. verbundenen Dokumentationen,
7. die Verpflichtung, das in der Anlage 4 benannte AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle (stets in der aktuellen Version) sowie eine Anbindung an das KV-SafeNet spätestens ab den in Anlage 4 genannten Zeitpunkten zu nutzen. Bis zum Eintreten des genannten Zeitpunktes ist bei der Verordnung von Arzneimitteln die Anlage 8 (Arzneimittelanlage) zu beachten. Für ermächtigte Fachärzte oder Einrichtungen, die gemäß Abs. 2 an diesem Vertrag teilnehmen, besteht keine Verpflichtung zum Einsatz des AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle. Der ermächtigte Facharzt bzw. die Einrichtung ist verpflichtet, bei der Verordnung von Arzneimitteln die Anlage 8 (Arzneimittelanlage) zu beachten. Die Nichteinhaltung kann zum Ausschluss vom Vertrag führen.
8. Sicherstellung, dass die Leistungserbringer innerhalb eines Versorgungsverbundes, insbesondere der HAUSARZT und der Therapiebegleiter, über eine Telefonnummer des FACHARZTES verfügen, unter der sie den FACHARZT bei dringendem Abstimmungsbedarf erreichen können,
9. Sicherstellung, dass die Versicherten und/oder Angehörigen, die im Rahmen der Versorgungssäule INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (§ 2 Abs. 1 Punkt 3) betreut werden, über eine Telefonnummer ihres Therapiebegleiters verfügen, unter der sie ihren Therapiebegleiter im Krisenfall erreichen können,
10. Bereitschaft zur Organisation der Fallberatungen gemäß § 12 Abs. 3 und Teilnahme an diesen sowie Bereitschaft zur Organisation, Durchführung und Teilnahme an den Versorgungsverbundtreffen gemäß § 12 Abs. 4.

§ 6
Einschreibung der VERTRAGSÄRZTE

(1) Die Vertragsärzte haben ihre Teilnahme am Vertrag durch Abgabe einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahmeerklärung gemäß Anlagen 2 bzw. 3 nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen in geeigneter Form gegenüber der KVS zu erklären (Einschreibung). Mit der Teilnahmeerklärung ist der Nachweis der besonderen Anforderungen nach § 4 Abs. 2 bzw. § 5 Abs. 3 unter Berücksichtigung der Bestimmungen auf der Teilnahmeerklärung zu führen.

(2) Die KVS prüft die Teilnahmeberechtigung und die Teilnahmevoraussetzungen des Vertragsarztes nach § 4 bzw. § 5 i. V. m. Anlage 2 bzw. 3 und teilt dem VERTRAGSARZT grundsätzlich innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der vollständigen Teilnahmeerklärung das Ergebnis der Prüfung mit:

1. Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, bestätigt die KVS dem Vertragsarzt die Vertragsteilnahme schriftlich (Teilnahmebestätigung). Die Teilnahme des Vertragsarztes beginnt in diesem Fall mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Der Vertragsarzt wird damit zum teilnehmenden HAUS- bzw. FACHARZT (VERTRAGSARZT).

2. Sind die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt, erhält der Vertragsarzt durch die KVS eine schriftliche Ablehnung mit entsprechender Begründung.

(3) Die VERTRAGSÄRZTE haben gegenüber der KVS das Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 4 bzw. § 5, durch den FACHARZT daneben Veränderungen im Versorgungsnetz speziell mittels Anlage 11, unverzüglich nach Kenntniserlangung schriftlich anzuzeigen.

§ 7
Beendigung der Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss

(1) Die Teilnahme des HAUS- bzw. FACHARZTES an diesem Vertrag endet automatisch mit der Beendigung, der Rückgabe, dem Ruhen oder dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung des HAUS- oder FACHARZTES, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.

(2) Die Teilnahme des FACHARZTES nach § 5 an diesem Vertrag endet automatisch mit Ablauf der in der Anlage 4, Abschnitt II genannten Fristen zum verpflichtenden Einsatz des AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle bzw. mit der verpflichtenden Anbindung an das KV-SafeNet, sofern deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVS nachgewiesen worden ist. In diesem Fall bedarf es keiner schriftlichen Kündigung oder Ausschlusses.

(3) Die Teilnahme der VERTRAGSÄRZTE an diesem Vertrag ist auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern endet.

(4) Der VERTRAGSARZT kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVS kündigen. Das Recht des VERTRAGSARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt im Übrigen unberührt.

(5) Sollten die Vertragspartner Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen, hat die KVS die VERTRAGSÄRZTE hierüber in geeigneter Form zu informieren. Im Falle von Änderungen des Vertrages kann der VERTRAGSARZT 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 KVS informiert die AOK PLUS über die

Kündigung des VERTRAGSARZTES im Rahmen des nächsten Arztverzeichnisses. Kündigt der VERTRAGSARZT nicht innerhalb dieser Frist und führt er den Vertrag fort, gelten die Änderungen des Vertrages bzw. seiner Anlagen für ihn als akzeptiert.

(6) Die Teilnahme des VERTRAGSARZTES an diesem Vertrag kann durch die KVS mit sofortiger Wirkung gegenüber dem jeweiligen VERTRAGSARZT gekündigt werden (Ausschluss), wenn der VERTRAGSARZT

1. die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 bzw. § 5 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVS nicht innerhalb angemessener Frist beseitigt,
2. Fehlabrechnungen im Rahmen dieses Vertrages vornimmt,
3. 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 KVS nicht innerhalb der Frist beseitigt oder wenn er in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen verstößt, z. B. Verstoß gegen vertragliche Intentionen, Bestimmungen und Versorgungaufträge oder das Vertragsarztrecht oder die Berufsordnung..

Dem VERTRAGSARZT ist vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern. Die Entscheidung über den Ausschluss eines VERTRAGSARZTES bereitet die Vertragskommission gemäß § 17 vor.

(7) Im Falle der Beendigung der Teilnahme eines VERTRAGSARZTES an diesem Vertrag unterrichtet die AOK PLUS schriftlich die betroffenen Versicherten hierüber. Mit dieser Information können dem Versicherten weitere an diesem Vertrag teilnehmende HAUS-/FACHÄRZTE in räumlicher Nähe benannt werden.

Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

§ 8
Teilnahmeberechtigung, Teilnahmevoraussetzungen und Verpflichtungen der Versicherten

(1) Die Teilnahme der Versicherten an dieser Versorgung schränkt weder die freie Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen ein.

(2) Versicherte der AOK PLUS können an dieser Versorgung teilnehmen, sofern

1. sie das 18. Lebensjahr vollendet haben

   und

2. mindestens eine der nachfolgenden Erkrankungen diagnostiziert wurde:

   a) für das ZWEITMEINUNGSVERFAHREN

      alle psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen: **F00-F99** (ICD-10-GM), aufgrund derer eine stationäre Behandlung bzw. ein dringender Vorstellungstermin beim FACHARZT durch den HAUSARZT für notwendig erachtet wird.

   b) für das ENTLASSUNGSMANAGEMENT

      folgende vordergründig/ursächlich weiter zu behandelnde psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM als Entlassungsdiagnosen/gesicherte Diagnosen: **F00-F99 außer** Suchterkrankungen (ICD-10-GM: F10 – F19).

c) für die INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

- folgende vordergründig/ursächlich zu behandelnde psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM als gesicherte Diagnosen:
  F20. ... (Schizophrenie),
  F25. … (Schizoaffektive Störungen),
  F31.0-5 (Bipolare affektive Störungen bzw. Psychosen),
  F32.1-3 (Affektive Störungen, depressive Episode),
  F33.1-3 (Rezidivierende depressive Störungen),
  F40.0-2 (Phobische Störungen)

  und

- mangelhafte soziale Einbindung des Versicherten in die Gesellschaft mit bestehendem intensiven sozialpsychiatrischen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf

und

3. sie durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren

   und

4. ein an diesem Vertrag teilnehmender HAUSARZT und ein an diesem Vertrag teilnehmender FACHARZT als sein patientenbezogener Versorgungsverbund gewählt worden ist

   und

5. der FACHARZT nach Prüfung der in Nummern 1 bis 4 normierten Voraussetzungen diese durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1) bestätigt hat.

6. Versicherte können in Ausnahmefällen nach Entscheidung der AOK PLUS auch dann an dieser Versorgung teilnehmen, wenn der Versicherte keinen Hausarzt hat bzw. innerhalb der letzten 4 Quartale keinen Hausarzt zur Behandlung seiner psychischen Erkrankung aufgesucht hat und eine Mitbehandlung der psychischen Erkrankung durch einen HAUSARZT medizinisch nicht sinnvoll bzw. möglich oder vertretbar ist. Das Vorliegen eines solchen Ausnahmefalles bestätigt der FACHARZT durch Ankreuzen auf der TE/EWE (Anlage1). Diesbezüglich behält sich die AOK PLUS eine Überprüfung der Leistungsinanspruchnahme des betreffenden Versicherten bezüglich der psychischen Erkrankung vor und informiert ggf. den Versicherten und den FACHARZT im Hinblick auf die Einbindung eines HAUSARZTES.

(3) Die Teilnahme ist

a) für das ZWEITMEINUNGSVERFAHREN ausgeschlossen, wenn die Gefahr einer schweren Fremd- und/oder Selbstgefährdung besteht.

b) für das ENTLASSUNGSMANAGEMENT und die INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG ausgeschlossen, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien vorliegt:

- eine vordergründig/ursächlich bestehende und zu behandelnde Suchterkrankung gemäß ICD-10-GM als gesicherte bzw. Entlassungsdiagnose: F10-F19

- bestehende Gefahr einer schweren Fremd- und/oder Selbstgefährdung

c) ausgeschlossen, wenn der Versicherte in einem Pflegeheim betreut wird.

Sofern die Aufnahme des Versicherten in ein Pflegeheim nach der Einschreibung in das Versorgungsprogramm PsycheAktiv Sachsen erfolgt, dann ist die Teilnahme gemäß § 10 Abs. 4 Punkt 8 zu beenden.

(4) Mit Unterzeichnung der TE/EWE nach Anlage 1 akzeptiert der Versicherte die Bedingungen dieses Vertrages, dessen besondere Versorgungsform und verpflichtet sich

a) zur Teilnahme am ZWEITMEINUNGSVERFAHREN vor stationärer Aufnahme und je nach Ergebnis des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS entweder die stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen oder entsprechend der Therapieempfehlungen des FACHARZTES die ambulante Behandlung im Rahmen der Regelversorgung oder im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG fortzusetzen.

b) zur Mitarbeit sowie zur Umsetzung der Empfehlungen im Rahmen des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS zur Vorbereitung des Übergangs aus der stationären in die ambulante Behandlung und der unverzüglichen Vorstellung beim FACHARZT nach Entlassung aus dem Krankenhaus.

c) zur Teilnahme an der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG und damit zur Einhaltung des Therapieplans sowie der Empfehlungen der an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringer und damit zur besonderen sozialpsychiatrischen Betreuung und Unterstützung durch einen Therapiebegleiter. Darüber hinaus verpflichtet er sich, zur Behandlung der in diesem Vertrag definierten Krankheiten nur die Leistungserbringer seines patientenbezogenen Versorgungsverbundes oder durch diesen vermittelte/einbezogene Dritte aufzusuchen.

d) zur Mitwirkung und Unterstützung im Falle von vertragsbezogenen Prüfungen/Befragungen durch die AOK PLUS und/oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Die Regelungen a) bis c) gelten nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit des Versicherten sowie bei der Inanspruchnahme in Notfällen bei Nichterreichbarkeit des betreuenden VERTRAGSARZTES sowie ggf. des Therapiebegleiters.

(5) Durch Unterzeichnung der TE/EWE legitimiert der Versicherte die Datenerhebung und Datenübermittlung gemäß § 295 SGB V seiner personenbezogenen Behandlungsdaten und –befunde hinsichtlich der Behandlung der psychischen Erkrankungen im Rahmen dieses Vertrages durch die Leistungserbringer und zwischen ihnen sowie zwischen ihnen und der AOK PLUS und/oder dem MDK gemäß der Bestimmungen auf der TE/EWE (Anlage 1).

(6) Sofern im Rahmen dieser Versorgung eine Lebens- und/oder eine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt werden/wird, erfolgen/t diese in pseudonymisierter Form (Lebensqualitätsbefragung) bzw. in anonymisierter Form (Zufriedenheitsbefragung). Der Versicherte verpflichtet sich, an diesen/r teilzunehmen.

§ 9
Einschreibung und Beginn der Teilnahme der Versicherten

(1) Die Einschreibung des Versicherten zu dieser Versorgung erfolgt ausschließlich auf dem von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten Formular im Original (Anlage 1):

a) im Rahmen des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS
beim FACHARZT, wenn der HAUSARZT für den Versicherten eine psychiatrische Krankenhausbehandlung bzw. einen dringenden Termin beim FACHARZT für notwendig erachtet, den Versicherten zum ZWEITMEINUNGSVERFAHREN beim FACHARZT angemeldet hat und der Versicherte zum ZWEITMEINUNGSVERFAHREN beim FACHARZT vorstellig wird.

b) im Rahmen des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS
auf Veranlassung des Krankenhauses. Die Einschreibung erfolgt während der Entlassungsvorbereitung über den Therapiebegleiter während des Krankenhausaufenthaltes oder spätestens bei Vorstellung zur Koordination der weiterführenden ambulanten Behandlung nach der Entlassung beim FACHARZT.

c) im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG
beim FACHARZT bei Beginn der Einbindung des Versicherten in die Versorgungssäule INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG.

Je nach medizinischer Notwendigkeit kann ein Versicherter einzelne oder alle drei der vorstehenden Versorgungssäulen in Anspruch nehmen.

(2) Die Angaben des FACHARZTES auf der TE/EWE (Anlage 1) erfolgen versorgungssäulenabhängig unter Berücksichtigung der Regelungen in § 11c.

(3) Vor der Unterzeichnung der TE/EWE durch den Versicherten erfolgt durch den FACHARZT eine persönliche, umfassende und patientenbezogene Beratung über die Inhalte und Ziele dieses Vertrages. Die für den Versicherten bestimmten Unterlagen sind diesem auszuhändigen.

(4) Die TE/EWE ist 4-fach ausgefertigt und ist durch den FACHARZT wie folgt aufzuteilen:

Original: Ausfertigung für die AOK PLUS

1. Durchschlag: Ausfertigung für den FACHARZT,

2. Durchschlag: Ausfertigung für den HAUSARZT,

3. Durchschlag inkl. anhängender Unterlagen (Erläuterungen, Patienteninformation, etc.): Ausfertigung für den Versicherten.

(5) Der FACHARZT ist verpflichtet, in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Einschreibung des Versicherten das Original der TE/EWE (Anlage 1) an die auf dieser angegebenen Anschrift an die AOK PLUS zu senden.

(6) Die AOK PLUS prüft nach Eingang der TE/EWE (Anlage 1) diese in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sollte die TE/EWE unvollständig oder fehlerhaft sein, fordert die AOK PLUS den Versicherten und/oder den auf der TE/EWE angegebenen FACHARZT schriftlich zur Korrektur oder Vervollständigung auf. Erfüllt die TE/EWE die in Satz 1 genannten Bedingungen, beginnt die Teilnahme des Versicherten mit dem jüngsten Unterschriftsdatum.

§ 10
Beendigung der Teilnahme des Versicherten

(1) Die Teilnahme an dieser Versorgung kann durch den Versicherten bzw. durch seinen gesetzlichen Vertreter ohne Angabe von Gründen jederzeit gekündigt werden. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erklären.

(2) Die Teilnahme des Versicherten ist auf maximal 2 Jahre nach Teilnahmebeginn begrenzt und endet Tag genau automatisch mit Ablauf der 2 Jahre, sofern keine vorzeitige Beendigung aus den unter Abs. 4 genannten Gründen erfolgt.

(3) Eine befristete Verlängerung der Teilnahmedauer ist in durch den FACHARZT begründeten und mittels Verlängerungsantrag gemäß Anlage 9 beantragten Fällen möglich. Die Verlängerung erfolgt entsprechend der Bestimmungen in Anlage 9 (Erläuterungen zum Verlängerungsantrag). In diesem Fall endet die Teilnahme des Versicherten Tag genau mit Ablauf des Verlängerungszeitraumes.

(4) Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin

1. mit dem Tag des Wegfalls der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 8 Abs. 2 oder
2. mit dem Ende der Teilnahme des gewählten HAUS- oder FACHARZTES, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen, am Vertrag teilnehmenden HAUS- oder FACHARZT wählt oder
3. wenn dauerhaft weitere Ärzte zur Behandlung der Erkrankung, aufgrund derer der Versicherte zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt ist, in Anspruch genommen werden, was nicht mit dem gewählten HAUS- oder FACHARZT abgestimmt ist bzw. bei einem dauerhaften Wechsel des Versicherten zu einem Facharzt, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
4. mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS oder
5. mit dem Ende dieses Vertrages oder
6. am Tag der Durchführung des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS beim FACHARZT, wenn im Ergebnis des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS
   - keine stationäre Behandlung notwendig ist und eine Behandlung des Versicherten im Rahmen der regulären ambulanten Versorgung angezeigt ist (eine ambulante Behandlung im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG beendet die Teilnahme des Versicherten nicht) oder
   - eine stationäre Behandlung aufgrund einer Diagnose, die nicht Gegenstand des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS oder der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSSÄULE ist, angezeigt ist, oder
7. am Tag der Vorstellung beim FACHARZT nach Entlassung aus dem Krankenhaus nach abgeschlossenem ENTLASSUNGSMANAGEMENT, wenn im Ergebnis des Vorstellungsgespräches beim FACHARZT eine ambulante Betreuung des Versicherten im Rahmen der Regelversorgung angezeigt und damit eine besondere Betreuung im Rahmen dieses Vertrages und damit innerhalb der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG nicht oder nicht mehr notwendig ist, oder
8. an dem Tag, an dem der betreuende FACHARZT oder der betreuende HAUSARZT Ausschlusskriterien gemäß § 8 Abs. 3b) oder 3c) feststellt bzw. wenn Einschlusskriterien gemäß § 8 Abs. 2 Punkt 2 nicht mehr erfüllt werden, insbesondere wenn im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG Ausschlusskriterien vorliegen oder eine alleinige Versorgung des Versicherten im Rahmen der regulären ambulanten Versorgung angezeigt und damit eine weitere Betreuung innerhalb dieser Versorgung nicht mehr möglich oder notwendig ist. Sofern der HAUS- oder FACHARZT das Vorliegen von Ausschlussgründen feststellt, dann erfolgt eine Mitteilung an die AOK PLUS gemäß Anlage 10.

.

(5) Sofern die AOK PLUS und/oder der MDK feststellt/en, dass Teilnahmevoraussetzungen gem. § 8 nicht beachtet/nicht erfüllt werden, Ausschlusstatbestände, Pflichtverletzungen oder die Nichtnotwendigkeit der besonderen Versorgung im Rahmen dieses Vertrages vorliegen, dann kann der begründete Ausschluss des Versicherten aus dieser Versorgung erfolgen. Über den Ausschluss und damit die Beendigung der Teilnahme des Versicherten entscheidet die AOK PLUS. Die AOK PLUS informiert den vom Versicherten gewählten HAUS- UND FACHARZT und die KVS im Rahmen des Versichertenverzeichnisses gemäß § 14 Punkt 4. Der FACHARZT informiert den Versicherten.

(6) Eine erneute Teilnahme am ZWEITMEINUNGSVERFAHREN, ENTLASSUNGSMANAGEMENT und an der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG ist in Abstimmung zwischen dem HAUS- und dem FACHARZT und aufgrund der dem Vertrag entsprechenden vorliegenden medizinischen Notwendigkeit möglich. Die Feststellung und Begründung der medizinischen Notwendigkeit obliegt dem FACHARZT.

Abschnitt IV – Leistungen der VERTRAGSÄRZTE und Qualitätssicherung

§ 11a
Versorgungsverbund und Versorgungsnetz

(1) Entsprechend der Intentionen des § 73a SGB V wird im Rahmen dieses Vertrages ein Versorgungsverbund etabliert. Ein Versorgungsverbund besteht aus folgenden Leistungserbringern:

- HAUSARZT gemäß § 4 und
- Versorgungsnetz aus FACHARZT, Therapiebegleiter und Krankenhaus gemäß Abs. 3.

(2) Ein Versorgungsverbund entsteht durch

1. die Etablierung eines Versorgungsnetzes durch den FACHARZT gemäß Abs. 3 und
2. den vom Versicherten gewählten Verbund aus HAUSARZT und dem Versorgungsnetz des gewählten FACHARZTES.

(3) Die Etablierung des Versorgungsnetzes erfolgt in Verantwortung und durch den FACHARZT. Zum Versorgungsnetz gehören neben dem FACHARZT

a) ein/mehrere Therapiebegleiter.

Ein Therapiebegleiter wird insbesondere für die Belange einer individuell bedarfsgerechten patientenbezogenen sozialpsychiatrischen Versorgung und damit zur Gewährleistung des hohen/intensiven Betreuungs-, Unterstützungs- und Koordinierungsbedarfs des Versicherten im Rahmen der Versorgungssäulen ENTLASSUNGSMANAGEMENT und INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG eingebunden. Der Therapiebegleiter übernimmt gegenüber dem Versicherten die Rolle einer Bezugs- und Vertrauensperson. Darüber hinaus erfolgt die Anbindung des Therapiebegleiters an den FACHARZT insbesondere mit dem Ziel, den FACHARZT durch Delegation fachärztlicher Leistungen zeitmäßig zu entlasten. Die Delegation der Leistungen erfolgt durch den und in Verantwortung des FACHARZTES.

I) **Therapiebegleiter** kann im Rahmen dieses Vertrages sein, wer folgende Qualifikationsanforderungen erfüllt:

1. Personen, die die Berufsbezeichnung **„Sozialtherapeut“** führen

   (Abschluss nach beruflicher Weiterbildung, die auf ein abgeschlossenes Studium (Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik, Sozialarbeit) oder auf eine abgeschlossene Berufsausbildung (Erzieher/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in) und auf eine mindestens zweijährige einschlägige Berufserfahrung aufbaut.)

oder

2. Personen, die

   - die Berufsbezeichnung **„Sozialarbeiter“** oder **„Sozialpädagoge“** führen oder **andere Personen mit jeweils vergleichbaren oder höheren Qualifikationen** (mindestens dreijähriges abgeschlossenes Fachschulstudium im Sinne eines Bachelorstudiums bzw. eines Studiums an einer Berufsakademie (BA), Fachhochschul- oder Hochschulstudium)

     und

   - die eine **sozialpsychiatrische (Zusatz)Qualifikation** besitzen. Anstelle der sozialpsychiatrischen (Zusatz)Qualifikation kann bei Vorliegen der unter dem ersten Anstrich genannten Abschlüsse ersatzweise eine mindestens

zweijährige, überwiegend vollzeitliche, durchgängige Berufspraxis in einer psychiatrischen stationären und/oder ambulanten Einrichtung als Zusatzqualifikation anerkannt werden.

oder

3. Personen, die die Berufsbezeichnung **„staatlich anerkannte/r Heilpädagoge/in“** führen **und** eine **sozialpsychiatrische (Zusatz)Qualifikation** entsprechend des vorstehenden Punktes 2, 2. Anstrich, besitzen

oder

4. Personen, die die Berufsbezeichnung **„Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie“** führen.

Nicht im Sinne der unter 2. definierten Qualifikationsanforderungen bezüglich des mindestens dreijährigen Fachschulstudiums sind Personen, die die Berufsbezeichnungen bzw. Abschlüsse als „Gesundheits- und Krankenpfleger/innen“, „Arzthelfer/-innen“, „Medizinische Fachangestellte“, „Psychiatrische Fachassistentin“, etc. führen bzw. erworben haben.

II) Die Leistungen, die der Therapiebegleiter im Rahmen des Vertrages erbringen bzw. übernehmen kann, sind Bestandteil des Versorgungsauftrages des FACHARZTES (§ 11c Abs. 3h)) und liegen damit im Verantwortungsbereich des FACHARZTES. Für den Therapiebegleiter wird im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG ein Mindestleistungsumfang vorausgesetzt, der diese besondere Versorgung des Versicherten im Rahmen dieses Vertrages begründet (vgl. § 11c Abs. 3 h) i. V. m. Anlage 6c). Die Leistungen, die durch den Therapiebegleiter erbracht werden, sind durch den FACHARZT zu honorieren.

III) Neben einem Anstellungs- oder Beschäftigungsverhältnis ist die Einbindung des Therapiebegleiters durch den FACHARZT auch über Kooperationen - beispielsweise mit Vereinen - möglich. Das Anstellungs- oder Beschäftigungsverhältnis bzw. das Kooperationsverhältnis mit dem Therapiebegleiter bzw. mit einem Trägerverein oder anderen Einrichtungen, in denen die Therapiebegleiter organisiert sind, ist durch den FACHARZT zusammen mit dem Nachweis der unter Punkt I definierten Qualifikationsanforderungen nachzuweisen.

IV) Für den Therapiebegleiter muss mindestens ein eigener, räumlich abgegrenzter Arbeitsbereich in den Arbeitsräumen der FACHARZTpraxis oder in unmittelbarer Praxisnähe zur Verfügung stehen.

V) Die Angabe und damit der Nachweis der Zusammenarbeit mit dem Therapiebegleiter erfolgt auf der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES (Anlage 3).

b) ein/mehrere Krankenhaus/Krankenhäuser.

I) Zum Versorgungsnetz zählen das/die Krankenhaus/Krankenhäuser, in das/die der FACHARZT in der Regel Einweisungen zur psychiatrischen Krankenhausbehandlung veranlasst. Die Angabe des/der Krankenhauses/Krankenhäuser erfolgt auf der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES (Anlage 3).

II) Über Punkt I) hinaus können diejenigen Krankenhäuser, die bereit sind, diese Versorgung im Rahmen der Versorgungssäule ENTLASSUNGSMANAGEMENT aktiv zu unterstützen, dies durch Abgabe einer Bereitschaftserklärung gegenüber der AOK PLUS erklären. Mit Abgabe dieser Bereitschaftserklärung erklärt sich das Krankenhaus bereit

1. das ENTLASSUNGSMANAGEMENT aktiv zu unterstützen, indem es Kontakt mit einem FACHARZT aufnimmt (Auswahl des FACHARZTES anhand des öffentlich zugänglichen PsycheAktiv-FACHARZTverzeichnisses), wenn eine Entlassung ei-

nes Versicherten bevorsteht, für den das ENTLASSUNGSMANAGEMENT oder eine weiterführende Versorgung im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG angezeigt ist und

2. dass der Name und die Anschrift des Krankenhauses in einem zugänglichen Verzeichnis (PsycheAktiv-Krankenhausverzeichnis) auf einer öffentlichen Informationsplattform aufgelistet wird.

(4) Sollten sich Änderungen innerhalb des Versorgungsnetzes gegenüber der Teilnahmeerklärung oder der letzten Veränderung ergeben, dann sind diese unverzüglich mittels und gemäß Anlage 11 gegenüber der KVS anzuzeigen.

(5) Nach den Maßgaben dieses Strukturvertrages und unter Beachtung der Fachgebietsgrenzen übernehmen der HAUSARZT und das Versorgungsnetz des FACHARZTES die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung des Versicherten nach diesem Strukturvertrag. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB und die selbständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE, insbesondere nach Maßgabe der in § 11a, b, c festgelegten Regelungen, bei der Versorgung der Versicherten zusammen.

§ 11b
Leistungen des HAUSARZTES

(1) Der HAUSARZT erbringt im Rahmen der Versorgungssäule ZWEITMEINUNGSVERFAHREN (vgl. § 2 Abs. 1 Punkt 1) folgende Leistungen bei Versicherten, für die eine stationäre Einweisung bzw. eine dringende Vorstellung beim FACHARZT aufgrund der gem. § 8 Abs. 2 Punkt 2a) definierten Diagnosen für erforderlich erachtet wird:

a) **Prüfung** der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten gem. § 8 Abs. 2.

b) **Telefonische Kontaktaufnahme** zu dem gewählten FACHARZT zur Anmeldung des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS; Terminvereinbarung mit diesem in Abhängigkeit der Dringlichkeit und Übermittlung einer Kurzepikrise bzw. vorhandener, relevanter Befunde. Der Überweisungsschein ist mit dem Vermerk „PsycheAktiv“ zu kennzeichnen.

c) **Dokumentation** der veranlassten Maßnahmen gemäß § 294 SGB V.

(2) Im Rahmen der Versorgungssäule INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (vgl. § 2 Abs.1 Punkt 3) erfolgt eine zwischen dem HAUSARZT und dem FACHARZT abgestimmte Versorgung. Insbesondere

a) sollte im Konsens, ggf. nach erfolgter Rücksprache/Abstimmung, der vom FACHARZT empfohlene Therapieplan umgesetzt und die vom FACHARZT empfohlenen Medikamente unter Berücksichtigung der Anlage 8 weiterverordnet werden,

b) sollte der HAUSARZT bei dringendem Verdacht auf eine Krisensituation möglichst sofort Kontakt zu dem den Versicherten betreuenden FACHARZT oder dem Therapiebegleiter aufnehmen,

c) sollten alle Verordnungen, die die psychische Erkrankung betreffen, mit dem FACHARZT abgestimmt werden.

d) nimmt der HAUSARZT an den innerhalb des Versorgungsverbundes ggf. stattfindenden persönlichen oder telefonischen Fallberatungen gemäß § 12 Abs. 3 teil (Fallberatungen auf Veranlassung des HAUS- oder FACHARZTES).

(3) Der HAUSARZT nimmt an den stattfindenden **Versorgungsverbundtreffen** gemäß § 12 Abs. 4 teil.

§ 11c
Leistungen des FACHARZTES

(1) Der Versorgungsauftrag des FACHARZTES umfasst **im Rahmen des ZWEITMEINUNGS-VERFAHRENS** (vgl. § 2 Abs. 1 Punkt 1) folgende Leistungen:

a) **Realisierung eines Vorstellungstermins** zur Durchführung des ZWEITMEINUNGS-VERFAHRENS in Abhängigkeit der durch den HAUSARZT festgestellten Dringlichkeit, wobei die Wartezeit für den Versicherten in der Praxis in der Regel nicht mehr als 30 Minuten beträgt.

b) **Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen, Information und Aufklärung des Versicherten** und ggf. des Angehörigen/gesetzlichen Vertreters über PsycheAktiv Sachsen, vor allem über die besondere sozialpsychiatrische Betreuung durch einen Therapiebegleiter im Falle der weiterführenden Versorgung **im** Rahmen des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS und der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG **sowie** Unterstützung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters beim Ausfüllen der **TE/EWE (Anlage 1)**.

c) **Durchführung des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS** zur Feststellung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung und zur Diagnosesicherung.

d) Ist **im Ergebnis des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS eine Krankenhausbehandlung** erforderlich, ist der Versicherte in der Regel in einem Krankenhaus des Versorgungsnetzes inkl. aller diesbezüglich erforderlichen Unterlagen anzumelden und die Einweisung zu veranlassen. Der FACHARZT

- kreuzt auf der durch den Versicherten und den FACHARZT im Rahmen der Einschreibung (vgl. b) unterzeichneten TE/EWE (Anlage 1) unter „Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN“ das Feld „Krankenhauseinweisung“ an,
- zieht ggf. einen Therapiebegleiter hinzu,
- informiert den HAUSARZT und übermittelt diesem relevante Befunde sowie den Durchschlag der TE/EWE.

e) Ist **im Ergebnis des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS keine Krankenhausbehandlung** erforderlich, wird der Versicherte

I) in die ambulante Regelversorgung überführt. Der FACHARZT

- dokumentiert die im Ergebnis des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS resultierende Vermeidung einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung,
- kreuzt auf der durch den Versicherten und den FACHARZT im Rahmen der Einschreibung (vgl. b) unterzeichneten TE/EWE (Anlage 1) unter „Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN“ das Feld „Beendigung“ an und beendet damit die Teilnahme des Versicherten an PsycheAktiv Sachsen,
- erstellt für den HAUSARZT oder ggf. andere weiterbehandelnde Ärzte oder Einrichtungen einen Begleitbrief/eine Therapieempfehlung und übermittelt dem HAUSARZT den Durchschlag der TE/EWE gemeinsam mit den vorstehenden Unterlagen.

oder

II) in die INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG eingebunden. Der FACHARZT

- dokumentiert die im Ergebnis des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS resultierende Vermeidung einer psychiatrischen Krankenhausbehandlung,

- kreuzt auf der durch den Versicherten und den FACHARZT im Rahmen der Einschreibung (vgl. b) unterzeichneten TE/EWE (Anlage 1) unter „Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN“ das Feld „INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG“ an,
- klärt den Versicherten und ggf. den/die Angehörigen über PsycheAktiv Sachsen, vor allem über die Intentionen und die besondere sozialpsychiatrische Betreuung durch einen Therapiebegleiter auf,
- erarbeitet einen Krisenplan und bindet im Übergang zur INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG einen Therapiebegleiter in die Versorgung ein. Dem Versicherten/Angehörigen ist eine Telefonnummer seines Therapiebegleiters für Krisenfälle auszuhändigen.
- bezieht nach Möglichkeit Bezugspersonen/Angehörige oder ggf. einen gesetzlichen Vertreter des Versicherten zur weiteren Versorgung im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG ein,
- informiert den betreuenden HAUSARZT über die Weiterbehandlung des Versicherten im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG und übermittelt dem HAUSARZT den Durchschlag der TE/EWE gemeinsam mit dem Kurzbefund und ggf. dem erarbeiteten Krisenplan sowie eine Telefonnummer, unter der der FACHARZT und nach Möglichkeit auch der Therapiebegleiter für den HAUSARZT erreichbar sind.

f) **Dokumentation** der Ergebnisse und der weiteren Behandlung nach dem ZWEITMEINUNGSVERFAHREN gemäß § 294 SGB V.

g) **Aufteilung und Übersendung/Übergabe** der vollständig ausgefüllten TE/EWE (Anlage 1) gemäß § 9 Abs. 3 und 4.

(2) Der Versorgungsauftrag des FACHARZTES umfasst **im Rahmen des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS** (vgl. § 2 Abs. 1 Punkt 2) folgende Leistungen:

a) **Einbindung eines Therapiebegleiters** während des Krankenhausaufenthaltes zur Vorbereitung und/oder als Begleitung bei Entlassung zur Absicherung einer nahtlosen ambulanten Weiterbehandlung. Die Information über eine bevorstehende Entlassung erfolgt in der Regel durch das Krankenhaus an den FACHARZT. Auf diesem Weg kann vor Durchführung des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS sichergestellt werden, dass die Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten gemäß § 8 Abs. 2 Punkt 2b) für das ENTLASSUNGSMANAGEMENT erfüllt sind. Der Einsatz des Therapiebegleiters erfolgt bedarfsabhängig, d. h. nicht zwingend bei jeder Entlassung, in Abstimmung mit dem Krankenhaus. Die persönliche Kontaktaufnahme kann

1. bei bereits an dieser Versorgung teilnehmenden Versicherten,
2. bei Versicherten, die noch nicht Teilnehmer an dieser Versorgung sind, erfolgen, sofern der Einsatz eines Therapiebegleiters vom Versicherten/gesetzlichen Vertreter nach Information und Aufklärung über PsycheAktiv Sachsen gewünscht wird. Die Information und Aufklärung, vor allem über die besondere sozialpsychiatrische Betreuung durch einen Therapiebegleiter im Rahmen des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS erfolgt im ersten Schritt durch das Krankenhaus; die Übergabe der TE/EWE erfolgt während der persönlichen Kontaktaufnahme im Krankenhaus durch den Therapiebegleiter. Der Versicherte sollte möglichst bereits während des Krankenhausaufenthaltes beim Ausfüllen der TE/EWE (Anlage 1) durch den Therapiebegleiter unterstützt werden.

Der Zeitaufwand für die unter a) definierte sozialpsychiatrische Betreuung je Versicherter bemisst sich entsprechend der Regelungen in Anlage 6c.

b) **Realisierung eines Vorstellungstermins** beim FACHARZT in der Regel am Entlassungstag oder am der Entlassung folgenden Arbeitstag in Abstimmung mit dem Kran-

kenhaus. Die Wartezeit für den Versicherten in der Praxis beträgt in der Regel nicht mehr als 30 Minuten.

c) **Erstellen** eines interdisziplinären Therapieplanes und **Überleitung** des Versicherten

I) an den behandelnden HAUSARZT oder ggf. andere Ärzte oder Einrichtungen zur Weiterbehandlung im Rahmen der ambulanten Regelversorgung inkl. Begleitbrief, Therapieempfehlung und ggf. Krisenplan. Sofern der Versicherte bereits vor seinem Krankenhausaufenthalt eingeschrieben worden ist, teilt der FACHARZT

- dem HAUSARZT und
- unter Verwendung der Anlage 10 der AOK PLUS das Teilnahmeende des Versicherten mit.

Erfolgte die Einschreibung des Versicherten im Rahmen dieses Entlassungsmanagements (vgl. a), 2.), kreuzt er auf der durch den Versicherten und den FACHARZT unterzeichneten TE/EWE (Anlage 1) unter „Einschreibung im Rahmen ENTLASSUNGSMANAGEMENT“ das Feld „BEENDIGUNG“ an (in diesem Fall ist die Mitteilung mittels Anlage 10 nicht erforderlich) und beendet damit die Teilnahme des Versicherten an PsycheAktiv Sachsen

oder

II) zur INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG. Der FACHARZT übermittelt dem HAUSARZT eine Kurzinformation über das Ergebnis der stationären Behandlung sowie über die Weiterbehandlung (inkl. geplanter bzw. erforderlicher Vorstellungstermine bei weiteren Ärzten, Therapeuten und Komplementärdiensten). Erfolgte die Einschreibung des Versicherten im Rahmen dieses Entlassungsmanagements (vgl. a), 2.), kreuzt der FACHARZT auf der durch den Versicherten und den FACHARZT unterzeichneten TE/EWE (Anlage 1) das Feld „INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG“ (unter „Einschreibung im Rahmen ENTLASSUNGSMANAGEMENT“) an.

d) **Dokumentation** der Ergebnisse und der weiteren Behandlung nach dem ENTLASSUNGSMANAGEMENT gemäß § 294 SGB V. Die Leistungen, die ggf. durch den Therapiebegleiter im Rahmen des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS erbracht worden sind, sind im Rahmen der **Quartalsabrechnung** ggü. der KVS wie folgt zu dokumentieren:

Persönlicher Kontakt während des Krankenhausaufenthaltes und/oder persönliche Begleitung bei Entlassung:

Abrechnungsziffer 98120 (Angabe je Kontakt)

e) Für den Fall, dass der Versicherte vor seinem Krankenhausaufenthalt noch nicht Teilnehmer an dieser Versorgung war und die **Einschreibung** im Rahmen des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS erfolgt ist (vgl. a), 2.), erfolgt die **Aufteilung und Übersendung/Übergabe** der vollständig ausgefüllten TE/EWE (Anlage 1) gemäß § 9 Abs. 3 und 4.

(3) Der Versorgungsauftrag des FACHARZTES umfasst **im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG** (vgl. § 2 Abs.1 Punkt 3) folgende Leistungen:

a) **Information und Aufklärung** des Versicherten, der Angehörigen oder ggf. des gesetzlichen Vertreters über die INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG, vor allem über die Intentionen und die besondere sozialpsychiatrische Betreuung durch einen Therapiebegleiter, Erläuterung der Vorteile und damit verbundener Verpflichtungen sowie Information über Inhalte und Möglichkeiten im Rahmen dieser Versorgung.

b) **Prüfung** der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten. Bei Vorliegen der Voraussetzungen Unterstützung des Versicherten beim Ausfüllen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1), sofern der Versicherte noch nicht an dieser Versorgung teilnimmt.

c) **Sicherstellung** einer kurzfristigen hochfrequenten ärztlichen Behandlung, bspw. für Kriseninterventionsgespräche, wobei die Wartezeit für den Versicherten in der Praxis in der Regel nicht mehr als 30 Minuten beträgt.

d) **Durchführung** aller medizinisch erforderlichen **diagnostischen Leistungen**,

e) **Durchführung** aller medizinisch erforderlichen **therapeutischen Leistungen**,

f) **Koordination und Abstimmung** aller im Rahmen des **Versorgungsverbundes** erforderlichen diagnostischen, therapeutischen und sozialpsychiatrischen Leistungen, insbesondere Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem HAUSARZT, Erarbeitung eines Krisenplans und Erstellung einer Therapieempfehlung. Eine Kurzinformation an den HAUSARZT erfolgt in der Regel 1 Mal pro Quartal, bei Eintreten von Akutereignissen oder bei Vorliegen neuer Informationen/Erkenntnisse zeitnah innerhalb von 14 Tagen,

g) **Koordinierung** der Versorgung durch weitere **tangierende Leistungsbereiche**, wie bspw. Psychotherapeuten, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten, sofern dies aus medizinischer Sicht angezeigt ist inkl. einer zeitnahen Terminrealisierung,

h) **Einbindung eines Therapiebegleiters** und Deckung des besonderen sozialpsychiatrischen Betreuungs-/ Unterstützungs- und Koordinierungsbedarfs des Versicherten im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG. Zu den sozialpsychiatrischen bzw. fachärztlich delegierbaren Leistungen zählen beispielsweise folgende Leistungen:

- Diagnostik des Sozialverhaltens einschließlich biographischer und Krankheitsanamnese mit Verhaltensbeobachtung des Versicherten und/oder von Angehörigen,
- Psychoedukative Maßnahmen für den Versicherten und/oder für Angehörige; Hilfe zur Selbsthilfe,
- Erarbeitung von Entspannungstherapien und –methoden,
- Sozialberatung des Versicherten und/oder der Angehörigen; Unterstützung bei für die psychosoziale Stabilisierung des Versicherten förderlichen Aktivitäten des täglichen Lebens, Terminangelegenheiten sowie bei Verwaltungs- und Behördenangelegenheiten,
- Heranführen/Aktivierung des Versicherten an gesundheitsfördernde Maßnahmen sowie an gesellschaftliche Aktivitäten,
- Hilfe/Interventionen in Krisensituationen,
- Koordinierung sämtlicher ambulanter Maßnahmen, insbesondere die Vermittlung und Einbeziehung von komplementären Diensten/Angeboten (bspw. Berufsförderungs-/Berufsbildungswerk, Selbsthilfegruppen, Sportvereine/-gruppen, etc.),
- Unterstützung beim Ausfüllen des Patientenfragebogens SF 36 (vgl. i)).

Die Leistungen des Therapiebegleiters sind **bedarfsgerecht und individuell** auf den einzelnen Versicherten und ggf. dessen Angehörige/n abzustimmen und unter Berücksichtigung der Regelungen in Anlage 6c zu erbringen. Der FACHARZT bzw. der Therapiebegleiter stellt sicher, dass der Versicherte/Angehörige für den Krisenfall über eine Telefonnummer seines Therapiebegleiters verfügt, unter der er ihn ggf. erreichen kann.

Gemäß der Bestimmungen in § 11a Abs. 3 Ziffer II sind durch den Therapiebegleiter im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG regelmäßig folgende **Mindestleistungen** zu erbringen:

> Drei persönliche Therapiebegleiter-Versicherten-Kontakte je Quartal gemäß der Bestimmungen in Anlage 6c, von denen mindestens zwei Kontakte in Form ei-

ner Einzelbetreuung entsprechend der Abrechnungsziffern 98125/98126 erfolgen.

i) Veranlassung der Patientenbefragung mittels Fragebogen SF 36 zu folgenden Zeitpunkten:

1. Zu Beginn der IPV
2. Nach einem Jahr Betreuung des Versicherten i. R. der IPV
3. Nach zwei Jahren Betreuung des Versicherten i. R. der IPV
4. Im Falle einer Verlängerung nach jedem weiteren Jahr Betreuung des Versicherten i. R. der IPV

Endet die Teilnahme des Versicherten vor Ablauf des angegebenen Zeitpunktes, tritt an Stelle des in Pkt. 2 bzw. 3 bzw. 4 definierten Zeitpunktes der Zeitpunkt, an dem die Teilnahme des Versicherten endet.

j) **Aufteilung und Übersendung/Übergabe** der vollständig ausgefüllten TE/EWE (Anlage 1) gemäß § 9 Abs. 3 und 4.

k) **Dokumentation** aller durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse gemäß § 294 SGB V. Die Leistungen, die durch den Therapiebegleiter im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG entsprechend Punkt h) erbracht worden sind, sind im Rahmen der Quartalsabrechnung ggü. der KVS gemäß der Bestimmungen in Anlage 6c je Kontakt wie folgt zu dokumentieren:

aa) *Spezifische Betreuung des Versicherten außerhalb der Praxis (exkl. Entlassungsmanagement):*

Abrechnungsziffer 98125 (Angabe je aufsuchenden Dienst,)

bb) *Spezifische Einzelbetreuung des Versicherten in den Praxisräumen:*

Abrechnungsziffer 98126 (Angabe je persönlichen Kontakt)

cc) *Gruppenarbeit mit Versicherten:*

Abrechnungsziffer 98127 (Angabe je Gruppenbehandlung je Versicherter)

dd) *Telefonische Kontaktaufnahme durch den Versicherten/Krisentelefonate:*

Abrechnungsziffer 98128 (Angabe je Telefonat) **und** Dokumentation mittels und gem. Anlage 12

ee) *Psychoedukation für Angehörige*

1.: <u>eines</u> Versicherten:

Abrechnungsziffer 98129 (Angabe je Versicherten unabhängig von der Anzahl der Angehörigen)

2.: <u>mehrerer</u> Versicherter (=Gruppe):

Abrechnungsziffer 98130 (Angabe je Versicherten unabhängig von der Anzahl der Angehörigen)

ff) *Entlassungsmanagement - persönlicher Kontakt während des Krankenhausaufenthaltes und/oder persönliche Begleitung bei Entlassung aus dem Krankenhaus*:

Abrechnungsziffer 98120 (Angabe je Kontakt)

l) **Verlaufsauswertung**: Die Verlaufsauswertung erfolgt anhand der dokumentierten Ergebnisse während und nach Abschluss der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG sowie ggf. anhand der dokumentierten Ergebnisse aus den vorherigen

durchgeführten Versorgungssäulen. Die Verlaufsauswertung wird quartalsweise dokumentiert.

m) Sicherstellung der **Abstimmung** der Versicherten-Beratungsgespräche zwischen dem Therapiebegleiter und dem Sozialen Dienst der AOK PLUS insbesondere bei absehbarer, nicht reversibler Erwerbsunfähigkeit des Versicherten bzw. bei sonstigen Beratungsanlässen bei Versicherten mit bestehender Arbeitsunfähigkeit, um Mehrfachkontaktierungen des Versicherten zu gleichen Sachverhalten zu vermeiden.

n) Je Quartal findet mindestens ein persönlicher FACHARZT-Versicherten-Kontakt statt. Die Bestimmungen in Anlage 6b sind zu berücksichtigen.

(4) Organisation der und Teilnahme an den Fallberatungen gemäß § 12 Abs. 3.

(5) Teilnahme an den bzw. Organisation der Versorgungsverbundtreffen gemäß § 12 Abs. 4.

(6) Erlangt der FACHARZT Kenntnis über das Vorliegen von Beendigungsgründen gem. § 10 Abs. 4 bzw. von Ausschlusskriterien gemäß § 8 Abs. 3, ist die Teilnahme des Versicherten an dieser Versorgung zu beenden. In diesem Fall informiert der FACHARZT unverzüglich die AOK PLUS gemäß Anlage 10.

§ 12
Qualitätssicherung und Fortbildung

(1) Die VERTRAGSÄRZTE nehmen ihre Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung gem. § 95d SGB V wahr.

(2) Die VERTRAGSÄRZTE stellen vom Beginn ihrer Teilnahme an ihre Behandlungen im Rahmen der in diesem Vertrag definierten Versorgungsaufträge nach den jeweils aktuell gültigen evidenzbasierten S3-Leitlinien Unipolare Depression sowie Schizophrenie sicher.

(3) Fallberatungen, die insbesondere der Abstimmung und Besprechung von Ergebnissen und Maßnahmen bei der Versorgung schwieriger Patienten dienen, können im Rahmen des Versorgungsverbundes kontinuierlich neben der persönlichen Beratung auch als telefonische Fallberatungen stattfinden. Die Fallberatungen werden durch den jeweils betreffenden Leistungserbringer angezeigt und durch den betreuenden FACHARZT organisiert. An der Fallberatung nehmen die in die Behandlung einbezogenen Leistungserbringer innerhalb des Versorgungsverbundes teil. Die Fallberatung wird durch den FACHARZT dokumentiert.

(4) Mindestens einmal jährlich findet ein Treffen des Versorgungsverbundes unter Teilnahme der FACHÄRZTE, HAUSÄRZTE und Therapiebegleiter, die im Rahmen der Versorgungsverbunde zusammenarbeiten, statt. Darüber hinaus können auch Vertreter der Krankenhäuser, die das ENTLASSUNGSMANAGEMENT innerhalb der Versorgungsnetze aktiv unterstützen, an den Treffen teilnehmen. Dem HAUSARZT steht es im Falle der Integration in mehrere Versorgungsverbunde frei, innerhalb welches Versorgungsverbundes er an dem Treffen teilnimmt.

Gegenstand des Treffens kann beispielsweise die Vorstellung von Therapieempfehlungen, Kriseninterventionsplänen oder Behandlungsergebnissen oder die Zusammenarbeit innerhalb des Versorgungsverbundes sein, mit dem Ziel, die Struktur- und Ergebnisqualität weiter zu verbessern.

Die Organisation und Durchführung des Treffens kann versorgungsverbundübergreifend, bspw. auch im Rahmen der von der KVS anerkannten Qualitätszirkel, erfolgen. Die Anerkennung eines Treffens im Sinne des § 95d SGBV liegt im Ermessen der Sächsischen Landesärztekammer. Unabhängig davon ist der Nachweis über das durchgeführte Treffen durch den organisierenden bzw. durchführenden FACHARZT gegenüber der AOK PLUS gemäß Anlage 13 bzw. bei anerkannten/zertifizierten Qualitätszirkeln durch eine Kopie des Teilnehmerverzeichnisses zu erbringen.

(5) Im Rahmen dieses Vertrages wird für die Anfragen durch die AOK PLUS bei bestehender Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten anstelle des Anfragebogens Muster 52 ein modifizierter Arztanfragebogen eingesetzt. Die Arztanfragen durch die AOK PLUS erfolgen entsprechend der aktuell gültigen Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

(6) Die gem. § 11c Abs. 3l) dokumentierte Verlaufsauswertung kann zu Prüfungs- und/oder Evaluationszwecken durch den MDK und/oder einen Evaluator und/oder durch einen per Gesetz befugten Dritten abgefordert und verwendet werden.

(7) Die KVS und/oder die AOK PLUS und/oder der MDK führen i. R. der Qualitätssicherung Überprüfungen, beispielsweise im Hinblick auf die Erfüllung der definierten Teilnahmevoraussetzungen oder der vereinbarten Leistungen, durch.

Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner

§ 13
Aufgaben der KVS

Neben den an anderer Stelle des Vertrages der KVS zugewiesenen Aufgaben werden von dieser folgende Aufgaben übernommen:

1. Die KVS publiziert das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele, der persönlichen Anforderungen und der Aufgaben für potenzielle Leistungserbringer und beantwortet Anfragen zur Teilnahme am und zum Vertrag.
2. Die KVS setzt sich mit Unterstützung der AOK PLUS dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von VERTRAGSÄRZTEN an diesem Vertrag mitwirkt, um eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.
3. Die KVS erstellt und aktualisiert das Verzeichnis der VERTRAGSÄRZTE (PsycheAktiv-VERTRAGSÄRZTEverzeichnis) und übermittelt dieses der AOK PLUS wöchentlich sowie auf Anfrage. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in Anlage 5 geregelt.
4. Die KVS veröffentlicht neben dem PsycheAktiv-Krankenhausverzeichnis, welches der KVS durch die AOK PLUS regelmäßig zur Verfügung gestellt wird, folgende Daten aus dem PsycheAktiv-VERTRAGSÄRZTEverzeichnis auf der Homepage der KVS: Name, Vorname, Bezeichnung der Fachgruppe, Praxisanschrift, Telefon-/Faxnummer.
5. Die KVS informiert die VERTRAGSÄRZTE umfassend und unverzüglich über Änderungen dieses Vertrages und/oder der Anlagen.
6. Die KVS beobachtet die vertragsgemäße Erfüllung der Aufgaben und Anforderungen der VERTRAGSÄRZTE, prüft regelmäßig Abrechnungsdaten in Bezug auf Vertragsinhalte und -ziele sowie Plausibilität und veranlasst ggf. entsprechende Maßnahmen zur Einstellung der Defizite.
7. Die KVS stellt der AOK PLUS auf Anforderung die Teilnahmeerklärungen der FACHÄRZTE (Anlage 3) sowie ggf. die Anzeigen über Veränderungen innerhalb des Versorgungsnetzes (Anlage 11) zum Zweck der Erstellung des PsycheAktiv-Therapiebegleiterverzeichnisses zur Verfügung.

§ 14
Aufgaben der AOK PLUS

Neben den an anderer Stelle des Vertrages der AOK PLUS zugewiesenen Aufgaben werden von dieser folgende Aufgaben übernommen:

1. Die AOK PLUS informiert ihre teilnehmenden Versicherten über die Inhalte dieses Vertrages (Patienteninformation).
2. Die AOK PLUS versendet an die VERTRAGSÄRZTE nach Übermittlung des PsycheAktiv-VERTRAGSÄRZTEverzeichnisses durch die KVS ein Teilnahmepaket mit den notwendigen Unterlagen zur Umsetzung dieses Vertrages, sowie die im Rahmen von Nachlieferungen von den VERTRAGSÄRZTEN angeforderten Unterlagen.
3. Die AOK PLUS informiert die VERTRAGSÄRZTE regelmäßig über ihre aktuellen Versorgungsangebote. Dies betrifft insbesondere Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V, Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V, Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie Verträge 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 PsycheAktiv-Versichertenverzeichnis mit Zuordnung der Versicherten zu den jeweils gewählten VERTRAGSÄRZTEN in elektronischer Form an die KVS. Darüber hinaus übermittelt die AOK PLUS der KVS das PsycheAktiv-Krankenhausverzeichnis zur gemeinsamen Veröffentlichung mit den Daten gemäß § 13 Punkt 4. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in Anlage 5 geregelt.
5. Die AOK PLUS gewährleistet die Zusammenarbeit des Sozialen Dienstes der AOK PLUS mit dem Therapiebegleiter im Rahmen der INTERDISZIPLINÄREN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG bei Versicherten mit bestehender Arbeitsunfähigkeit gemäß § 11c Abs. 3m.

Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung

§ 15
Vergütung und Abrechnung der VERTRAGSÄRZTE

(1) Die Vergütung der an diesem Vertrag teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE erfolgt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen und gemäß den Anlagen 6a bis 6c. Die Vergütung wird nur für VERTRAGSÄRZTE gezahlt, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung an diesem Vertrag teilnehmen.

(2) Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Die Vergütungen gemäß den Anlagen 6a bis 6c werden zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) durch die AOK PLUS gezahlt. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inklusive ggf. erforderlichen Dokumentationen abgegolten.

(3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE verpflichten sich, den Versicherten für die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.

(4) Während der Dauer der Versorgung eines Versicherten im Rahmen der Versorgungssäule INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG sollte eine parallele Behand-

lung des jeweiligen Versicherten in einer Einrichtung gemäß § 118 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V (Psychiatrische Institutsambulanz) ausgeschlossen werden.

(5) Der VERTRAGSARZT hat nach Maßgabe der Anlagen 6a bis 6c gegenüber der KVS Anspruch auf Auszahlung der Vergütung für die von ihm vertrags- und ordnungsgemäß nach Maßgabe dieses Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen. Sofern die KVS Zahlungen geleistet hat, auf die die VERTRAGSÄRZTE keinen Anspruch nach diesem Vertrag haben, ist die KVS berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Abrechnungen abzuziehen. Dies gilt auch, wenn der betreffende VERTRAGSARZT 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 KVS 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 VERTRAGSARZT gezahlt werden, verrechnet werden.

(6) Die VERTRAGSÄRZTE sind verpflichtet, die letzte Abrechnung für Leistungen nach diesem Vertrag spätestens zu dem für das Folgequartal von der KVS bestimmten Termin zu stellen. Später eingehende Abrechnungen werden nicht vergütet.

(7) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen durch die VERTRAGSÄRZTE erfolgt gemäß dem in Anlage 7a beschriebenen Verfahren.

§ 16
Abrechnung der KVS

Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der AOK PLUS erfolgt durch die KVS ausschließlich nach den in den Anlagen 5 und 7b beschriebenen Verfahren.

Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände

§ 17
Vertragskommission

(1) Im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgung bilden die Vertragspartner, ggf. unter Hinzuziehung von Vertretern der VERTRAGSÄRZTE, eine Vertragskommission. Ziel der Vertragskommission ist die Erarbeitung einvernehmlicher Vorschläge. Sofern zu Weiterentwicklungs- bzw. Diskussionspunkten kein einvernehmliches Ergebnis erzielt wird, sind Entscheidungen wie folgt herbeizuführen: Die Vertragskommission setzt sich aus jeweils drei Vertretern der AOK PLUS und der KVS zusammen. Bei Bedarf können die Vertragspartner Berater (ohne Stimmrecht) hinzuziehen. Die Vertreter können von den sie Entsendenden jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Sämtliche Vertreter haben gleiches Stimmrecht. Die Entscheidungen der Vertragskommission werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(2) Die Ergebnisse der Vertragskommission nach Abs. 4 Punkte 1 bis 5 werden in einem Ergebnisprotokoll als Entscheidungsvorlage zusammengefasst, das die Grundlage für die Entscheidungen, welche durch die Vertragspartner getroffen werden, bildet. Entscheidungen nach Abs. 4 Punkt 6 werden in einem Ergebnisprotokoll zusammengefasst und gelten mit dem Ergebnis der Abstimmung der Vertragskommission als beschlossen,

wenn keiner der Vertragspartner des Vertrages der Entscheidung innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung des Ergebnisprotokolls schriftlich widersprochen hat.

(3) Die Vertragskommission tritt bei Bedarf zeitnah auf Einberufung eines Vertragspartners zusammen. Eine Entscheidung der Vertragskommission ist auch im Falle von Absatz 4 Nr. 6 im schriftlichen Abstimmverfahren möglich.

(4) Zu den Aufgaben der Vertragskommission gehören insbesondere

1. die einheitliche Weiterentwicklung der Versorgungsaufträge im Rahmen dieses Vertrages, ggf. unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Evaluation,
2. die Vorbereitung der Entscheidung über die Teilnahme weiterer geeigneter Leistungserbringer gemäß § 5 Abs. 2,
3. die Auswertung der Ergebnisse von Stichprobenprüfungen und ggf. Ableitung von Maßnahmen,
4. die Vorbereitung der Entscheidung über den Ausschluss eines HAUS- oder FACHARZTES gemäß § 7 Abs. 6,
5. Ergänzung der Anlage 4 um weitere Module,
6. die inhaltliche Fortschreibung und Weiterentwicklung der Anlage 4 in bestehenden Modulen und der Anlage 5.

(5) Die Aufwendungen für die Vertreter in der Vertragskommission trägt der Entsendende selbst.

§ 18
Gewährleistung und Haftung

(1) Es gelten die gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen des SGB V und des Vertragsarztrechts.

(2) Die KVS und die teilnehmenden VERTRAGSÄRZTE haften gegenüber der AOK PLUS nicht für den wirtschaftlichen Erfolg des AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle in Form von Einsparungen der AOK PLUS als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe des AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle nach Anlage 4.

§ 19
Kostentragungsabrede

Im Falle der Anfechtung von Entscheidungen der KVS, die hinsichtlich der Ablehnung der Teilnahme (§ 6 Abs. 2 Nr. 2), dem Ausschluss (§ 7 Abs. 6) oder der Zahlung der Vergütung aufgrund dieser Vereinbarung ergehen, beteiligt sich die AOK PLUS hälftig an den evtl. anfallenden und von der KVS gemäß § 193 SGG zu erstattenden Kosten. Dies gilt nicht, wenn die Erstattungspflicht allein aus dem Verantwortungsbereich der KVS resultiert oder allein von der KVS zu vertreten ist. Die gesetzliche Kostenregelung im Falle einer Antragstellung der AOK PLUS bei Beiladung geht dieser Kostentragungsabrede vor.

§ 20
Datenschutz, Datentransparenz und –austausch

(1) Es gelten die datenschutzrechtlichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

(2) Die VERTRAGSÄRZTE und die Vertragspartner sind verpflichtet, die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten in den jeweils geltenden Fassungen einzuhalten. Sie 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 und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher zu beachten.

(3) Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit der Versicherte gemäß § 8 Abs. 2 Punkt 3 i. V. m. Anlage 1 eingewilligt hat. Ausgenommen hiervon sind nach den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung Angaben gegenüber den beteiligten behandelnden Ärzten und sonstigen Leistungserbringern, dem MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) und der AOK PLUS, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind.

(4) Die Datenverarbeitung und Datennutzung der KVS als Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 77 Abs. 5 SGB V) und als eine dem Sozialgeheimnis (§ 35 Abs. 1 SGB I) unterliegende öffentlich-rechtliche Vereinigung, richtet sich im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages nach den Regelungen des SGB V zur Datenverarbeitung und Datennutzung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie nach den Regelungen des 2. Kapitels des SGB X.

§ 21
Öffentlichkeitsarbeit

Der Start dieses Vertrages wird von den Vertragspartnern gemeinsam öffentlichkeitswirksam kommuniziert. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die sich an Versicherte der AOK PLUS richten, obliegen der AOK PLUS. Die Vertragspartner informieren sich gegenseitig über Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit, die sie während der Laufzeit des Vertrages durchführen.

§ 22
Exklusivitätsklausel

(1) Nach Inkrafttreten des Vertrages in dieser geänderten Fassung gilt dieser exklusiv 2 Jahre für Versicherte der AOK PLUS. Nach Ablauf dieser Zeit stimmen sich die Vertragspartner über die Fortführung dieser Klausel ab.

(2) Für den Fall, dass die KVS 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 5 TEUR angesehen.

§ 23
Vertragsänderungen und Formvorschriften

(1) Die AOK PLUS und die KVS sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag und/oder Anlagen mit Wirkung für alle VERTRAGSÄRZTE und/oder teilnehmenden Versicherten mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe der folgenden Absätze 2 und 3 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung der Behandlung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen nach diesem Vertrag zwingend erfordert. Für Änderungen im Vertrag und/oder in den Anlagen kann eine Abstimmung auf schriftlichem Wege erfolgen.

(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.

(3) Die Anpassung, Änderung oder Ergänzung der Anlagen erfordert keine vorherige Vertragskündigung. Der Vertrag bleibt durch die Änderungen der Anlagen unberührt.

(4) Bei Abschluss eines Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK PLUS nach § 73b SGB V (HzV-Vertrag) nehmen die Vertragspartner Verhandlungen auf, um über die Teilnahme am HzV-Vertrag als Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Vertrag zu beraten.

§ 24
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 von den Vertragspartnern erarbeitet und einvernehmlich verabschiedet.

(2) Die Weiterverwendung bzw. Veröffentlichung der Ergebnisse der Evaluation bedürfen der vorherigen Zustimmung der Vertragspartner.

(3) Eine Evaluation ist ohne zusätzlichen Vergütungsanspruch der Leistungserbringer Bestandteil des Vertrages. Einzelheiten zum Verfahren werden gesondert geregelt.

§ 25
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Der Vertrag tritt in seiner geänderten Fassung am 01.10.2015 in Kraft und modifiziert die bisherigen vertraglichen Regelungen.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden.

(3) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist jederzeit, jedoch 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 VERTRAGSÄRZTEN mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vertragszweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird,
2. wenn zum wiederholten Mal gegen Inhalte dieses Vertrages verstoßen wird oder
3. wenn aufsichtsrechtliche, gerichtliche oder gesetzliche Maßnahmen dem Vertrag die Grundlage entziehen.

(4) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages und können unabhängig von diesem Vertrag weiterentwickelt bzw. mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung einzelner Anlagen berührt die Wirksamkeit des Vertrages nicht. Die Anlagen gelten bis zur Vereinbarung einer neuen Fassung fort.

(5) Jede Kündigung bedarf der Schriftform. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

§ 26
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrages hiervon unberührt, 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. Die Vertragspartner werden sich gemeinsam bemühen, Unstimmigkeiten, die sich i. V. m. diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

Dresden, 12. August 2015

gez.	gez.
_____	_____
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen	AOK PLUS