

Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V
zur Versorgung kardiovaskulär erkrankter Versicherter
(CARDIO PLUS Thüringen)

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 Thüringen
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch
Herrn Dr. med. Thomas Schröter
- im Folgenden „**KVT**“ genannt -

Lesefassung vom 31.07.2018 inkl.

1. Protokollnotiz v. 12.08.2012, gültig für das III. Quartal 2012, zu § 4
 2. Protokollnotiz v. 10.10.2012, gültig für das III. und IV. Quartal 2012, zu § 4
 3. Protokollnotiz v. 25.03.2013, gültig ab 01.04.2013, zu Anlage 4a und 5
 4. Protokollnotiz vom/gültig ab 01.08.2013, zu § 12 (4), Anl. 6 (2) c) und (3) d),
 5. Protokollnotiz vom/gültig ab 01.07.2014, zu §§ 5 u. 7, aktualisierte Anlagen 3, 4a, 5, 6 u. 7b
 6. Protokollnotiz vom 14.05.2018, gültig ab 25.05.2018, §§, 8, 21, Anlagen 1, 2, 3 (TE/EWE)
sowie
- Mitteilung der AOK PLUS, dass Anlage 10ff nur noch bis 30.09.2015 gültig ist.
 - Protokollnotiz vom 01.08.2017 zu den AOK PLUS-Verträgen: ARMIN, CARDIO PLUS, DFS, Homöopathie, HzV, Osteoporose, Pflege, Rheuma, gültig ab 01.04.2017, betrifft Umstellung der Abrechnung zwischen AOK PLUS und KVT (Betrifft bei CPT § 16 und Anlagen 5, 7b.)

Inhaltsverzeichnis

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 ÄRZTE	7
§ 4 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT	7
§ 5 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als FACHARZT	8
§ 6 Einschreibung der ÄRZTE	9
§ 7 Beendigung der Teilnahme der ÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss	10
Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten	11
§ 8 Teilnahmeberechtigung, Teilnahmevoraussetzungen	11
und Verpflichtungen der Versicherten	11
§ 9 Einschreibung der Versicherten und Beginn der Teilnahme	12
§ 10 Beendigung der Teilnahme des Versicherten und Wechsel des ARZTES	12
Abschnitt IV – Aufgaben der ÄRZTE, Dringlichkeit und Qualitätssicherung	14
§ 11a Versorgungsverbund	14
§ 11b Aufgaben des HAUSARZTES	14
§ 11c Aufgaben des FACHARZTES	15
§ 11d Dringlichkeitsbehandlung	16
§ 12 Fortbildung und Qualitätssicherung	17
Abschnitt V - Aufgaben der Vertragspartner	17
§ 13 Aufgaben der KVT	17
§ 14 Aufgaben der AOK PLUS	18
Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung	18
§ 15 Vergütung und Abrechnung der ÄRZTE	18
§ 16 Abrechnung der KVT	19
Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände	20
§ 17 [unbesetzt]	20
§ 18 Vertragskommission	20
§ 19 Gewährleistung und Haftung	21
§ 20 Kostentragungsabrede	21
§ 21 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch	21
§ 22 Öffentlichkeitsarbeit	22
§ 23 Exklusivitätsklausel	22
§ 24 [unbesetzt]	22
§ 25 Vertragsänderungen und Formvorschriften	22
§ 26 Evaluation	23
§ 27 Inkrafttreten und Kündigung	23
§ 28 Salvatorische Klausel	24

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 - Teilnahme- und Einwilligungserklärung f. Versicherte, sh. 6. PN ab 25.5.18
- Anlage 2 - Teilnahmeerklärung Hausarzt sh. 6. PN, gültig ab 25.05.2018
- Anlage 3 - Teilnahmeerklärung Facharzt sh 5. PN ab 1.7.14, 6 PN ab 25.5.18
- Anlage 4a - Praxisausstattung, siehe 3. Protokollnotiz, gültig ab 01.04.2013
sowie 5. Protokollnotiz, gültig ab 01.07.2014
- Anlage 4b - Anforderungen für die Zulassung als „S3C-IT-Vertragsschnittstelle“,
Zulassungsverfahren und Weiterentwicklung
- Anlage 5 - Technische Anlage, siehe 3. PN, ab 01.04.2013 / 5. PN, ab 01.07.2014
sowie PN Umstellung Abrechnung, ab 01.07.2017
- Anlage 6 - Vergütung, siehe 4. PN, ab 01.08.2013 / 5. PN, gültig ab 01.07.2014
- Anlage 7a - Abrechnung der Ärzte
- Anlage 7b - Abrechnung der KVT, siehe 5. PN, gültig ab 01.07.2014 sowie PN
Umstellung Abrechnung, ab 01.07.2017
- Anlage 8a - Schnittstellen HAUSARZT/FACHARZT
- Anlage 8b - Dokumentationsbogen „Dringlichkeit“
- Anlage 9 - Arzneimittel

Präambel

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

Weiterhin regelt dieser Vertrag eine regelmäßige fachärztliche kardiologische Besuchstätigkeit im häuslichen Bereich zur Behandlung von Patienten in der Pflegestufe II bzw. III oder Pflegeheimbewohnern in sozialen Einrichtungen.

HAUSARZT und FACHARZT wirken als der vom Versicherten gewählte Versorgungsverbund nach den Maßgaben des Vertrages zusammen, übernehmen im Rahmen dieses Vertrages die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertraglichen Leistungen und gewährleisten diese.

Die Zusammenarbeit auf der Grundlage dieses Vertrages erfolgt unter der Bezeichnung CARDIO PLUS Thüringen.

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 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. Es gelten daher die Arznei- Verband- und Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Wirtschaftlichkeitsgebot, die Qualität der Versorgung sowie die Wirtschaftlichkeitsprüfung; diese werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt. Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und des von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen ARZT und Patient. Dessen Inhalt wird durch diesen Vertrag mit geprägt und dessen 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 ARZT. 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:

HAUSARZT – ist der vertragsärztlich tätige Arzt, welcher unter Erfüllung der in § 4 definierten Anforderungen an diesem Vertrag teilnimmt.

FACHARZT – ist der vertragsärztlich tätige Arzt, welcher unter Erfüllung der in § 5 definierten Anforderungen an diesem Vertrag teilnimmt.

ÄRZTE sind die am Vertrag teilnehmenden HAUS- und FACHÄRZTE.

Versicherter – ist der kardiovaskulär erkrankte Patient, der bei der AOK PLUS versichert ist.

Invasiv-kardiologische Leistungen sind invasiv-kardiologische Eingriffe (z. B. Linksherzkatheter-Untersuchungen, Herzschrittmacher-Implantationen etc.), die im Rahmen der Regelversorgung durch ambulante oder stationäre Leistungserbringer (invasiv tätige Leistungserbringer) erbracht werden.

TE/EWE ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten.

Zertifiziertes AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle – ist ein Arztinformationssystem (AIS), welches die Schnittstellenspezifikation der gevko i. S. dieses Vertrages unterstützt und vom FACHARZT direkt beim Hersteller des jeweiligen AIS angefordert wird (S3C-IT-Vertragsschnittstelle).

Abschnitt I – Ziele, Gegenstand, Grundsätze und Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages

- (1) Mit diesem Vertrag zwischen der KVT und der AOK PLUS sollen die bisherigen ambulanten Versorgungsstrukturen bei der Behandlungscoordination von kardiovaskulär erkrankten Versicherten weiterentwickelt und somit maßgeblich verbessert werden. Im Einzelnen sind es nachfolgende Ziele, die durch die Umsetzung dieses Vertrages erreicht werden sollen:

Kurzfristig umsetzbare Ziele des Vertrages sind:

- eine verstärkte Zusammenarbeit der HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE auf dem Gebiet der Inneren Medizin, der Kardiologie und der Angiologie,
- eine fachübergreifende und sektorenübergreifende Kooperation der Leistungserbringer,
- die Optimierung der diagnostischen und therapeutischen Versorgung der Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen,
- die Verknüpfung von Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei invasiv-kardiologischen Leistungen,
- die Organisation von Versorgungsketten für die kardiovaskuläre Versorgung,
- die Versorgung nach ganzheitlichen Therapiezielen und
- die Verknüpfung mit weiteren indikationsbezogenen Behandlungsprogrammen, insbesondere dem DMP KHK.

Mittelfristige Ziele des Vertrages sind:

- eine verstärkte Verzahnung der ambulanten mit der stationären Versorgung in der medizinischen und medikamentösen Behandlung kardiovaskulär erkrankter Versicherter,
 - die Erhöhung der Qualität in der kardiovaskulären Medizin und
 - die Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen.
- (2) Für das Erreichen der Ziele des Vertrages bauen die ÄRZTE eine Kooperation in der medizinischen und medikamentösen Behandlung von kardiovaskulär Erkrankten auf.
- (3) Etablierung einer koordinierten und arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen HAUSARZT und FACHARZT als patientenbezogener Versorgungsverbund.

§ 2 Gegenstand und Grundsätze des Vertrages

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den - an der ambulanten Behandlung kardiovaskulär erkrankter Patienten - beteiligten HAUSÄRZTEN und FACHÄRZTEN.
- (2) Die ÄRZTE verpflichten sich zu einer nach den Maßgaben dieses Vertrages qualitätsgesicherten, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, insbesondere bei der Verordnung von Arzneimitteln sowie Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. 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 im Rahmen von Prüfverfahren die Prüfungsgremien der Selbstverwaltung über die Vertragsinhalte informieren und auf eine adäquate

Berücksichtigung der zusätzlichen Kosten für Arzneimittel im Rahmen ggf. entstehender Prüfverfahren hinwirken.

- (3) Im Rahmen dieses Vertrages ist der Einsatz eines AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle für die Ärzte vorgesehen (§§ 4 Abs. 2 Nr. 5 bzw. 5 Abs. 3 Nr. 5). Die Anforderungen an dieses AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle ergeben sich aus den Anlagen 4a und 4b.
- (4) Die Regelungen dieses Vertrages gelten sinngemäß für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 SGB V sowie für ÄRZTE mit angestellten Ärzten gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV, soweit die entsprechenden Regelungen die Person des angestellten Arztes betreffen.
- (5) Bei einer Teilnahme ausschließlich über angestellte Ärzte, nimmt der anstellende Vertragsarzt bzw. die Einrichtung am Vertrag teil. Die Einrichtung kann nur einmal am Vertrag teilnehmen, auch wenn mehrere angestellte Ärzte die Voraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme wird durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten Arzt/Ärzten 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 Arztes nachzuweisen sowie das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit unverzüglich mitzuteilen. Die sachlichen Voraussetzungen sind bei angestellten Ärzten durch die Einrichtung bzw. die Vertragsarztpraxis zu erfüllen bzw. bereitzustellen.
- (6) Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen und zur Zahlung der Praxisgebühr werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.
- (7) Die Teilnahme der Ärzte und Versicherten an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (8) Eine Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages ist nur dann möglich, wenn die Bildung eines patientenbezogenen Versorgungsverbundes zwischen HAUSARZT und FACHARZT über die unterzeichnete TE/EWE nach Anlage 1 nachgewiesen worden ist.

§ 3

Geltungsbereich des Vertrages

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

Abschnitt II – Teilnahme der ÄRZTE

§ 4

Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als HAUSARZT

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V
 - Allgemeinärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGB V,
 - Internisten gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V,
 - Praktische Ärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 4 SGB V oder
 - Ärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 5 SGB V, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

- (2) Als Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, gelten folgende persönliche und sachliche Anforderungen:
1. die Zulassung oder Anstellung und die Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KVT und die hausärztliche Versorgung beziehen,
 2. die Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
 3. die Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer des HAUSARZTES in einem öffentlichen ARZT-Verzeichnis auf den Homepages der AOK PLUS und der KVT,
 4. die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. der damit verbundenen Dokumentationen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,
 5. die HAUSÄRZTE, die im Rahmen ihrer Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung Thüringen das in den Anlagen 4a und 4b genannte zertifizierte AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle (in der jeweils aktuellen Version) bereits nutzen, wenden dieses auch für CARDIO PLUS Thüringen an.
 6. des Weiteren die Erfüllung folgender Kriterien:
 - a) aktive Teilnahme am DMP KHK (u. a. Durchführung und Auswertung von 24h-Langzeitblutdruckmessungen) und
 - b) fakultativ: Durchführung und Auswertung von Ergometrie.

§ 5

Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen als FACHARZT

- (1) Teilnahmeberechtigt an diesem Vertrag sind gemäß § 95 SGB V niedergelassene
1. Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie oder Angiologie, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen oder
 2. Fachärzte für Innere Medizin mit der Genehmigung zur Durchführung von ultraschalldiagnostischen Untersuchungen für die Anwendungsbereiche 21.1 oder 4.5 nach der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik“ vom 31.10.2008 in der jeweils gültigen Fassung, die jedoch keine invasiv-kardiologischen Leistungen erbringen.
- (2) Die Vertragskommission kann im Einzelfall, wenn dies für die Sicherstellung der Versorgung im Rahmen dieses Vertrages notwendig ist, über die Teilnahme weiterer qualifizierter FACHÄRZTE beraten, sofern die besonderen persönlichen und sachlichen Anforderungen nach Abs. 3 erfüllt sind.
- (3) Als Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, gelten folgende persönliche und sachliche Anforderungen:
1. die Zulassung oder Anstellung und die Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KVT beziehen,
 2. die Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
 3. die Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer des FACHARZTES in einem öffentlichen ARZT-Verzeichnis auf den Homepages der AOK PLUS und der KVT,
 4. die Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. der damit verbundenen Dokumentationen, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,
 5. die Verpflichtung, das in den Anlagen 4a und 4b genannte zertifizierte AIS mit S3C-Schnittstelle (in der jeweils aktuellen Version) spätestens ab den in Anlage 4a genannten Zeitpunkt zu nutzen,

6. des Weiteren die Erfüllung folgender Kriterien:
 - a) aktive Teilnahme am DMP KHK mit Ausnahme der Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie,
 - b) Durchführung und Auswertung von Ergometrie, Echokardiographie (mit Ausnahme der Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie), Langzeit-EKG sowie 24h-Langzeitblutdruckmessungen,
 - c) fakultativ: Durchführung und Auswertung von Stress-Echokardiographie, Spirometrie sowie Duplex-Sonographie,
 - d) fakultativ: Durchführung von HSM-/ICD-Kontrollen.
7. Für die Behandlung von Versicherten nach § 11c Abs. 10 ist folgende Gerätetechnik vorzuhalten:
 - Programmiergeräte zum entsprechenden Fabrikat der Schrittmacher,
 - ein Defibrillator und
 - ein transportables EKG-Gerät.

§ 6 Einschreibung der ÄRZTE

- (1) Die ÄRZTE haben ihre Teilnahme am Vertrag durch Abgabe der rechtsverbindlich unterzeichneten und vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärung gemäß Anlagen 2 bzw. 3 nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen in geeigneter Form gegenüber der KVT zu erklären (Einschreibung). Mit der Teilnahmeerklärung ist der Nachweis der besonderen Anforderungen nach den §§ 4 Abs. 2 bzw. 5 Abs. 3 zu führen.
- (2) Die KVT prüft die Teilnahmeberechtigung und die Teilnahmevoraussetzungen nach den §§ 4 bzw. 5 i. V. m. den Anlagen 2 bzw. 3 und teilt dem ARZT grundsätzlich innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der Teilnahmeerklärung das Ergebnis der Prüfung mit:
 1. Sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, bestätigt die KVT dem ARZT die Vertragsteilnahme schriftlich (Teilnahmebestätigung). Die Teilnahme des ARZTES beginnt in diesem Fall mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.
 2. Sind die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt, erhält der ARZT durch die KVT eine schriftliche Ablehnung mit entsprechender Begründung.
- (3) Die ÄRZTE haben gegenüber der KVT das Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen nach den §§ 4 bzw. 5 unverzüglich nach Kenntniserlangung schriftlich anzuzeigen.

Erklärt ein Hausarzt seine Teilnahme am Strukturvertrag CARDIO PLUS Thüringen in dem Zeitraum vom 01.07.2012 bis 30.09.2012 und erfüllt er gleichzeitig die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages, so wird seine Teilnahme am Vertrag CARDIO PLUS Thüringen zum 01.07.2012 gültig.
Diese Übergangsregelung gilt für das III. Quartal 2012.

Erklärt ein Hausarzt seine Teilnahme am Strukturvertrag CARDIO PLUS in dem Zeitraum vom 01.07.2012 bis 31.12.2012 und erfüllt er gleichzeitig die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages, so wird seine Teilnahme am Vertrag CARDIO PLUS zum 01.07.2012 gültig.
Diese Übergangsregelung gilt für das III. und IV. Quartal 2012.

Ausgenommen von dieser Regelung sind Hausärzte, die noch nicht am DMP KHK teilnehmen. Die Teilnahme am CARDIO PLUS beginnt für diese Hausärzte erst mit der Einschreibung in das DMP KHK.

§ 7

Beendigung der Teilnahme der ÄRZTE, Sonderkündigung, Ausschluss

- (1) Die Teilnahme des ARZTES an diesem Vertrag endet automatisch mit der Beendigung, dem Verzicht, dem vollständigen Ruhen oder dem Entzug der vertragsärztlichen Zulassung des ARZTES, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf.
- (2) Die Teilnahme des FACHARZTES nach § 5 an diesem Vertrag endet automatisch, sollte mit Ablauf der in der Anlage 4a, Abschnitt II. genannten Fristen zum verpflichtenden Einsatz des AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle, deren Vorhandensein nicht gegenüber der KVT nachgewiesen worden sein, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung bzw. eines Ausschlusses bedarf.
- (3) Die Teilnahme des ARZTES 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 ARZT kann seine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der KVT kündigen. Das Recht des ARZTES 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 KVT die 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 KVT zu erfolgen. Die KVT informiert die AOK PLUS über die Kündigung des ARZTES im Rahmen des nächsten ARZT-Verzeichnisses. 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.
- (6) Die Teilnahme des ARZTES an diesem Vertrag kann gegenüber dem ARZT durch die KVT mit sofortiger Wirkung gekündigt werden (Ausschluss), wenn der ARZT:
 1. die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß §§ 4 bzw. 5 i. V. m. den Anlagen 2 und 3, nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVT 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 KVT nicht innerhalb der Frist beseitigt oder wenn er in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstößt.

Die Entscheidung über den Ausschluss eines ARZTES bereitet die Vertragskommission gemäß § 18 vor. Dem ARZT ist vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen schriftlich zu äußern.

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

Abschnitt III – Teilnahme der Versicherten

§ 8 Teilnahmeberechtigung, Teilnahmevoraussetzungen und Verpflichtungen der Versicherten

- (1) Die Teilnahme 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,
 2. sie aufgrund ihrer festgestellten oder wahrscheinlich akuten oder chronischen Herz-Kreislauf-Erkrankung einer nichtinvasiven Behandlung bedürfen und eine der folgenden Diagnosen aufweisen (Klassifizierung gemäß ICD10-Codes siehe Anlage 6):
 - Ischämische Herzkrankheit,
 - Herzinsuffizienz,
 - Erkrankungen der Herzklappen (inkl. Shuntvitien),
 - Vorhoffarrhythmie,
 - ventrikuläre Tachykardien,
 - Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung (periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK), Carotisstenose/Atherosklerose der hirnversorgenden Arterien, tiefe Venenthrombose (TVT)),
 - Hypertonie,
 3. sie bzw. ihre gesetzlichen Vertreter durch Unterzeichnung der TE/EWE nach Anlage 1 die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren,
 4. sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden HAUSARZT und einen an diesem Vertrag teilnehmenden FACHARZT als patientenbezogenen Versorgungsverbund gewählt haben und
 5. der FACHARZT nach Prüfung der in Nummern 1-4 normierten Voraussetzungen diese durch Unterzeichnung der TE/EWE bestätigt hat.
- (3) Der Versicherte kann im Rahmen dieses Vertrages nur einen HAUSARZT und einen FACHARZT wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter im selben Quartal bei verschiedenen FACHÄRZTEN eingeschrieben und/oder sich für verschiedene HAUSÄRZTE entschieden hat, ohne dies als Arztwechsel kenntlich zu machen, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS an den Versicherten, sich für einen FACHARZT und/oder HAUSARZT zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen. Die AOK PLUS unterrichtet im Rahmen des CARDIO PLUS-Versichertenverzeichnisses nach § 14 Nr. 3 die KVT.
- (4) Mit Unterzeichnung der TE/EWE nach Anlage 1 akzeptiert der Versicherte die Bedingungen dieses Vertrages und dessen besondere Versorgung und verpflichtet sich, den vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur die von ihm gewählten ÄRZTE - als seinen Versorgungsverbund - für die Koordinierung der in Abs. 2 Nr. 2 genannten Erkrankungen aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während urlaubsbedingter Abwesenheit des Versicherten sowie bei der Inanspruchnahme in Notfällen.
- (5) Durch Unterzeichnung der TE/EWE des Versicherten (Anlage 1), legitimiert der Versicherte die Datenerhebung und -übermittlung gemäß § 295 SGB V seiner personenbezogenen Behandlungsdaten und Befunde hinsichtlich der Koordinierung im

Rahmen dieses Vertrages durch die von ihm gewählten **ÄRZTE** und zwischen den **ÄRZTEN**.

- (6) Sofern im Rahmen dieser Versorgung eine Zufriedenheitsanalyse durchgeführt wird, erfolgt diese in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug). Die Teilnahme der Versicherten an dieser Befragung ist freiwillig.“
- (7) Mit der Teilnahme an diesem Vertrag soll die Eigenverantwortung des Patienten durch die Einbeziehung in die Behandlungsabläufe gestärkt werden.

§ 9

Einschreibung der Versicherten und Beginn der Teilnahme

- (1) Die Einschreibung des Versicherten in diese Versorgung erfolgt beim **FACHARZT** nach § 8 Abs. 2 Nr. 5 ausschließlich auf den von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten **TE/EWE** (Anlage 1).
- (2) Vor der Unterzeichnung durch den Versicherten erfolgt durch den **FACHARZT** eine persönliche, umfassende und patientenbezogene Beratung über die Inhalte und Ziele dieses Vertrages.
- (3) Die **TE/EWE** des Versicherten erfolgt in 4-facher Ausfertigung und ist wie folgt aufzuteilen:

Original	Ausfertigung für die AOK PLUS,
1. Durchschlag	Ausfertigung für den FACHARZT ,
2. Durchschlag	Ausfertigung für den HAUSARZT ,
3. Durchschlag	Ausfertigung für den Versicherten.
- (4) Der **FACHARZT** ist verpflichtet, in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen nach der Einschreibung des Versicherten, das Original der **TE/EWE** an die auf dieser Erklärung angegebene Adresse der AOK PLUS zu senden.
- (5) Die AOK PLUS prüft nach Eingang der **TE/EWE** diese in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen auf Vollständigkeit und Plausibilität. Sollte die **TE/EWE** des Versicherten unvollständig oder fehlerhaft sein, fordert die AOK PLUS den Versicherten und/oder den **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 und Wechsel des ARZTES

- (1) Die Teilnahme an dieser Versorgung kann ohne Angabe von Gründen erstmalig zum Ablauf eines Jahres ab Beginn der Teilnahme gekündigt werden. Danach ist eine Kündigung jeweils zum Quartalsende möglich. Die Kündigung hat spätestens 2 Monate vor Ablauf des Jahres nach Satz 1 bzw. vor Quartalsende schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen.
- (2) 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 ARZTES an diesem Vertrag, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden ARZT wählt oder
3. mit einem Wechsel des Versicherten zu einem ARZT, 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.

Die AOK PLUS unterrichtet die betreffenden Versicherten schriftlich über das Ende der Teilnahme.

- (3) Bei wiederholter Nichtbeachtung der Pflichten gemäß § 8 Abs. 3 kann der Ausschluss des Versicherten aus dieser Versorgung erfolgen. Über den Ausschluss und der ggf. daraus resultierenden Beendigung der Teilnahme des Versicherten entscheidet die AOK PLUS, die den betreffenden Versicherten schriftlich informiert. Die AOK PLUS informiert die KVT über den Ausschluss im Rahmen des CARDIO PLUS-Versichertenverzeichnisses nach § 14 Nr. 3.
- (4) Der Versicherte kann innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut an dieser Versorgung teilnehmen.
- (5) Will der Versicherte im Rahmen dieses Vertrages einen der gewählten ÄRZTE des Versorgungsverbundes wechseln, dann ist der Wechsel nur zu einem am Vertrag teilnehmenden ARZT möglich.

Bei einem Wechsel des FACHARZTES füllt der Versicherte die TE/EWE (Anlage 1) beim (neu) gewählten FACHARZT erneut aus und informiert diesen über seinen bisherigen behandelnden FACHARZT.

Bei Wechsel eines HAUSARZTES ist unverzüglich eine Mitteilung oder schriftliche Erklärung des Versicherten an die AOK PLUS erforderlich.

Der ARZT-Wechsel wird zum jüngsten auf der TE/EWE (Anlage 1) angegebenen Unterschriftsdatum bzw. entsprechend der Mitteilung des Versicherten wirksam. Die AOK PLUS informiert die KVT über den ARZT-Wechsel im Rahmen des CARDIO PLUS-Versichertenverzeichnisses nach § 14 Nr. 3.

Ein ARZT-Wechsel verlängert die Bindefrist nach Abs. 1 nicht.

Wechselt innerhalb der Praxis der für den Versicherten zuständige ARZT, dann liegt im Sinne des Vertrages kein ARZT-Wechsel vor. Ein Wechsel des ARZTES liegt auch dann nicht vor, wenn ein ARZT, der

1. aus einer Praxis ausscheidet oder
2. in eine andere Praxis eintritt,

einen Versicherten weiterhin im Rahmen dieses Vertrages betreut. Ausnahmefälle werden zwischen den Vertragspartnern abgestimmt.

Bei den vorgenannten Konstellationen erfolgt die Klärung der weiteren Betreuung des Versicherten durch die AOK PLUS nach Kontaktaufnahme mit den betroffenen Arztpraxen und Versicherten.

Abschnitt IV – Aufgaben der ÄRZTE, Dringlichkeit und Qualitätssicherung

§ 11a Versorgungsverbund

Nach den Maßgaben dieses Strukturvertrages übernehmen der HAUSARZT und der FACHARZT - als der vom Versicherten gewählte Versorgungsverbund - die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung der Versicherten nach diesem Strukturvertrag. Der Versorgungsverbund bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB; die freie und selbstständige Berufsausübung der beteiligten ÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die ÄRZTE, insbesondere nach Maßgabe der folgenden Regelungen, bei der Versorgung des Versicherten zusammen.

§ 11b Aufgaben des HAUSARZTES

- (1) Der HAUSARZT meldet den Versicherten unter Beachtung der Regelungen in Anlage 8a I. Abschnitt beim FACHARZT zur Mit- und Weiterbehandlung an und vermerkt auf der Überweisung seine eigene Teilnahme an diesem Vertrag.
- (2) Im Rahmen dieses Vertrages überwacht der HAUSARZT die Einhaltung der vom FACHARZT definierten Ziele durch den Versicherten und wirkt auf deren Erreichung hin. In diesem Zusammenhang sollte die vom FACHARZT vorgeschlagene Therapie unter Berücksichtigung der eventuell bestehenden Begleiterkrankungen fortgeführt werden. Der HAUSARZT wird des Weiteren angehalten, die vom FACHARZT unter Berücksichtigung von § 11c Abs. 2 angegebenen Wiedervorstellungstermine zu beachten.
- (3) Bei der Durchführung von 24h-Langzeitblutdruckmessungen mit einem eigenen Langzeitblutdruckmessgerät führt der HAUSARZT die Dokumentation der ausgewerteten Ergebnisse in der Patientenakte durch, um diese gemäß Anlage 8a an den FACHARZT weiterzuleiten.
- (4) Ist nach der Schwere des Krankheitsbildes eine invasiv-kardiologische Leistung medizinisch notwendig, übernimmt im Ausnahmefall der HAUSARZT, im Zusammenhang mit der Überweisung/Einweisung des Versicherten an einen invasiv-tätigen Leistungserbringer, die Terminabstimmung für den Invasiv Eingriff und teilt dem Versicherten diesen Termin mit.
- (5) Der HAUSARZT verpflichtet sich, die betreffenden Versicherten unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien über die Teilnahme am DMP KHK zu informieren und zu beraten sowie bei deren freiwilliger Entscheidung zur Teilnahme am DMP KHK die Einschreibung zu unterstützen.
- (6) Darüber hinaus verpflichtet sich der HAUSARZT, als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 des DMP KHK-Vertrages, die Betreuung der eingeschriebenen Versicherten im Rahmen des DMP KHK kontinuierlich in Abstimmung mit dem FACHARZT sicherzustellen und zu koordinieren. Der HAUSARZT hat alle Dokumentationen entsprechend den jeweils festgelegten Dokumentationsintervallen vollständig, plausibel und fristgerecht durchzuführen.
- (7) Stellt sich ein Versicherter mit einer der in § 11d genannten (Verdachts-)Diagnosen beim HAUSARZT vor, so erhebt dieser unter anderem folgende Daten: Anamnese, Ruhe-EKG, Troponin-Test, um im Rahmen der vorhandenen Abklärungsdiagnostik feststellen zu lassen, ob die vorhandenen Symptome auf einer kardiovaskulären Erkrankung beruhen.

Der HAUSARZT setzt sich unverzüglich mit einem FACHARZT in Verbindung und übermittelt ihm die akuten Symptome sowie die erhobenen Daten/Ergebnisse aus der in Satz 1 genannten Maßnahmen in geeigneter Form. Dazu kann die Anlage 8b verwendet werden.

- (8) Im Rahmen der Verordnung von Medikamenten sind die in Anlage 9 festgeschriebenen Empfehlungen sowie die vereinbarten Quoten der Leitsubstanzen unbeschadet der ärztlichen Therapiefreiheit zu beachten. Die AOK PLUS informiert jeden HAUSARZT schriftlich quartalsbezogen über sein Ordnungsverhalten und die Erreichung der in Anlage 9 genannten indikationsbezogenen Ziele.
- (9) Sollten ÄRZTE bei der Behandlung eines am Vertrag teilnehmenden Versicherten unterschiedliche Auffassungen z. B. im Hinblick auf die Medikation vertreten, haben sie diesen Fall mit dem Ziel der Einigung gemeinsam abzuklären.

§ 11c Aufgaben des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT erbringt im Rahmen der Einschreibung folgende Aufgaben:
 1. Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten gem. § 8 Abs. 2 und Unterstützung bei der Einschreibung zur Teilnahme an diesem Vertrag,
 2. erweiterte Diagnostik auf Grundlage der vom HAUSARZT formulierten Fragestellung,
 3. „Rückgabe“ des Versicherten zum HAUSARZT mit Übermittlung der Befunde und Unterlagen sowie der Therapieempfehlung gemäß Anlage 8a.
- (2) Der FACHARZT erbringt im Rahmen der laufenden Koordinierung folgende Aufgaben:
 1. Sicherstellung einer zeitnahen Wiedervorstellung,
 2. „Rückgabe“ des Versicherten zum HAUSARZT mit Übermittlung der Befunde und Unterlagen sowie der Therapieempfehlung gemäß Anlage 8a,
 3. Sicherung der Behandlungsabläufe nach einer invasiv-kardiologischen Leistung unter Beachtung der vorgeschlagenen Therapie einschließlich der aufgeführten Medikation.
- (3) Ergibt sich aus medizinischer Sicht die Notwendigkeit eines Invasiv Eingriffs, erbringt der FACHARZT zur Vorbereitung der invasiv-kardiologischen Behandlung des Versicherten folgende Leistungen:
 1. Überweisung/Einweisung zur invasiv-kardiologischen Behandlung bei medizinischer Notwendigkeit,
 2. Abstimmung des Termins des Invasiv Eingriffs mit dem invasiv-tätigen Leistungserbringer,
 3. Information des Versicherten wegen des bevorstehenden Invasiv Eingriffs.
- (4) Der FACHARZT legt zur Zielsicherung mit dem Versicherten gemeinsam Weiterbehandlungsziele und Übergabekriterien fest. Bereits vorhandene Ziele sind zu überprüfen und ggf. anzupassen. Im Rahmen der „Rückgabe“ des Versicherten zum HAUSARZT sind diesem die Ziele sowie Hinweise zur körperlichen Belastbarkeit bzw. Arbeitsfähigkeit zur Verfügung zu stellen (Anlage 8a). Bei Versicherten, die im DMP KHK eingeschrieben sind, sind die Vorgaben des DMP KHK-Vertrages zu beachten.
- (5) Im Übrigen verpflichtet sich der FACHARZT, den Versicherten unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien über die Teilnahme am DMP KHK zu informieren und zu beraten

sowie bei deren freiwilliger Entscheidung zur Teilnahme am DMP KHK die Einschreibung beim HAUSARZT zu unterstützen.

- (6) Die Behandlung durch den FACHARZT ist in Abhängigkeit von der Schwere des Krankheitsbildes, jedoch grundsätzlich innerhalb von vier Wochen nach Anmeldung, durchzuführen.
- (7) Im Rahmen der Verordnung von Medikamenten sind die in Anlage 9 festgeschriebenen Empfehlungen sowie die vereinbarten Quoten der Leitsubstanzen unbeschadet der ärztlichen Therapiefreiheit zu beachten. Die AOK PLUS informiert jeden FACHARZT schriftlich quartalsbezogen über sein Ordnungsverhalten und die Erreichung der in Anlage 9 genannten indikationsbezogenen Ziele.
- (8) Der FACHARZT entscheidet unverzüglich, in Abstimmung mit dem HAUSARZT, ob eine Vorstellung des Versicherten im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung gemäß § 11d erforderlich ist und legt anhand der medizinischen Notwendigkeit einen Termin fest.

Stellt sich ein Versicherter auf Anraten gemäß § 11d Abs. 2 beim FACHARZT vor bzw. stellt der FACHARZT gemäß § 11d Abs. 1 fest, dass der Versicherte einer dringenden nichtinvasiven Behandlung bedarf, informiert der FACHARZT den Versicherten über die Teilnahme an diesem Vertrag gemäß § 8. Hat sich der Versicherte für die Teilnahme an diesem Vertrag entschieden, führt der FACHARZT die notwendige medizinische Behandlung im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung durch.

Nach erfolgter Dringlichkeitsbehandlung prüft der Facharzt im Rahmen der Diagnosesicherung, ob die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 8 Abs. 2 des Vertrages weiterhin bestehen und entscheidet danach, ob die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag gegebenenfalls endet.

Werden die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 8 des Vertrages weiterhin erfüllt, leitet er die weiteren Maßnahmen im Rahmen des Vertrages ein.

- (9) Der FACHARZT verpflichtet sich, bei Versicherten mit der Pflegestufe II bzw. III oder bei Pflegeheimbewohnern eine leitliniengerechte kardiologische Langzeitbetreuung im häuslichen Bereich bzw. in der sozialen Einrichtung durchzuführen. Versicherte mit einem Herzschrittmacher erhalten regelmäßig zusätzlich eine leitliniengerechte Kontrolle des Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators.
- (10) Der FACHARZT führt mindestens 1x jährlich einen Qualitätszirkel für die zuweisenden HAUSÄRZTE durch und zeigt diese bei der KVT an.

§ 11d Dringlichkeitsbehandlung

- (1) Als Dringlichkeitsbehandlung im Rahmen dieses Vertrages gilt die Behandlung (Diagnostik und Therapie) durch den FACHARZT, welche vorrangig auf Grund der folgenden Symptome des Versicherten zeitnah erfolgen muss:
 - akute thorakale Schmerzsymptomatik (zum Ausschluss einer kardialen Genese),
 - akute Herzrhythmusstörung,
 - Verschlechterung einer bestehenden Herzinsuffizienz oder
 - akute fieberhafte Erkrankung mit Verdacht auf kardiale Beteiligung.
- (2) Ziel der Dringlichkeitsbehandlung ist es, Versicherte, welche auf Grund der in Abs. 1 genannten Symptome einer dringenden kardiologischen Behandlung bedürfen, eine zeitnahe Vorstellung beim FACHARZT zu ermöglichen.

- (3) Diese Vorstellung hat spätestens innerhalb von 3 Tagen, bei medizinischer Notwendigkeit eher, erforderlichenfalls unverzüglich, zu erfolgen.
- (4) Die ÄRZTE entscheiden - unbeschadet dieser Regelungen - nach medizinischen Aspekten, ob die Vorstellung bei einem invasiv tätigen Leistungserbringer oder die Einleitung anderweitiger Maßnahmen angezeigt ist.

§ 12

Fortbildung und Qualitätssicherung

- (1) Die ÄRZTE nehmen ihre Pflicht zur regelmäßigen Fortbildung nach § 95d SGB V wahr.
- (2) Die ÄRZTE stellen - von Beginn ihrer Teilnahme an - ihre Behandlungen im Rahmen der in diesem Vertrag definierten Leistungen nach den jeweils aktuell gültigen Therapiestandards und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. oder des ACC/AHA sicher.
- (3) Qualitätszirkel, an denen der HAUSARZT zu den Themen „Herz-Kreislauf“ und „AM-Verordnung“ im Rahmen anderer Selektivverträge der AOK PLUS sowie im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) teilgenommen hat, werden angerechnet.
- (4) „Der FACHARZT muss mit Teilnahme am Vertrag, innerhalb eines Jahres nach Teilnahmebeginn, den Nachweis der Zertifizierung des „Kardiologen-Kollegiums Mitteldeutschland e.V.“ nach DIN EN ISO 9001:2008-12 oder eine andere vergleichbare bestätigte Zertifizierung (z. B. QEP) durch eine akkreditierte Stelle erbringen. Der Nachweis gemäß Satz 1 und § 11c Abs. 11 ist für die Abrechnung der Qualitätspauschale der KVT vorzulegen. Die dazu notwendigen Prüfungen finden je nach Teilnahmebeginn des Facharztes durch die KVT quartalsweise statt. Eine monatsgenaue Abgrenzung der Prüfung ist nicht erforderlich, wenn KVT-seitig bei Nichterfüllung der Nachweise Konsequenzen erfolgen, d. h. Beendigung der Abrechnungsgenehmigung der Qualitätspauschale jeweils immer erst zum Quartalsende. Über die Genehmigung gegenüber dem FACHARZT unterrichtet die KVT die AOK PLUS regelmäßig. Die Übermittlung wird in der technischen Anlage 5 geregelt.“

Abschnitt V - Aufgaben der Vertragspartner

§ 13

Aufgaben der KVT

Neben den an anderer Stelle dieses Vertrages der KVT zugewiesenen Aufgaben werden von dieser folgende Aufgaben übernommen:

1. Die KVT publiziert das Vorhaben in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele sowie der persönlichen Anforderungen und der Aufgaben für potenzielle ÄRZTE und beantwortet Anfragen zur Teilnahme am und im speziellen zum Vertrag.
2. Die KVT setzt sich mit Unterstützung der AOK PLUS dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von ÄRZTEN an diesem Vertrag mitwirkt, um eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung der Versicherten zu realisieren.

3. Die KVT erstellt und aktualisiert das „ARZT-Verzeichnis“ (CARDIO PLUS Thüringen) und übermittelt dieses der AOK PLUS wöchentlich. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in Anlage 5 geregelt.
4. Die KVT veröffentlicht folgende Daten aus dem „ARZT-Verzeichnis“ auf der Homepage der KVT: Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer und ggf. Faxnummer.
5. Die KVT informiert die an diesem Vertrag teilnehmenden ÄRZTE umfassend und unverzüglich über Änderungen dieses Vertrages und/oder der Anlagen.
6. Die KVT beobachtet die vertragsgemäße Erfüllung der Aufgaben und Anforderungen der ÄRZTE und veranlasst ggf. entsprechende Maßnahmen zur Einstellung von evtl. Defiziten.
7. Die KVT kann Stichprobenprüfungen, beispielsweise im Hinblick auf die Erfüllung der definierten Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 5 Abs. 3, durchführen.
8. Die KVT führt den Nachweis über die durchgeführten Qualitätszirkel sowie die Zertifizierung im Rahmen der Qualitätspauschale und über die Fortbildungen.

§ 14 Aufgaben der AOK PLUS

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

1. Die AOK PLUS informiert ihre Versicherten über diesen Vertrag, insbesondere über dessen Ziele, Teilnahmebedingungen und die teilnehmenden ÄRZTE.
2. Die AOK PLUS versendet an die teilnehmenden ÄRZTE - nach Übermittlung des „ARZT-Verzeichnisses“ CARDIO PLUS Thüringen durch die KVT - ein Teilnahmepaket mit den notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an diesem Vertrag sowie im Rahmen von Nachlieferungen von ÄRZTEN angeforderte Unterlagen.
3. Die AOK PLUS übermittelt einmal im Quartal bis spätestens zum Ende des – auf das Leistungsquartal – folgenden Monats ein CARDIO PLUS-Versichertenverzeichnis mit Zuordnung der Versicherten zu den jeweils gewählten ÄRZTEN in elektronischer Form an die KVT. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in Anlage 5 geregelt.
4. Die AOK PLUS stellt den ÄRZTEN die jeweils aktuellen Informationen über Arzneimittel-Rabattvereinbarungen in praxistauglicher Form zur Verfügung.
5. Die AOK PLUS informiert die ÄRZTE regelmäßig über ihre aktuellen Versorgungsangebote. Dies betrifft insbesondere Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V, Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, zu strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V, Strukturverträgen nach § 73a SGB V sowie Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V.

Abschnitt VI – Vergütung und Abrechnung

§ 15 Vergütung und Abrechnung der ÄRZTE

- (1) Die Vergütung der an diesem Vertrag teilnehmenden ÄRZTE erfolgt nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen und der Anlage 6. Die Vergütung wird nur an ÄRZTE 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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung. Die Vergütungen gemäß der Anlage 6 werden zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) durch die AOK PLUS gezahlt. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. der erforderlichen Dokumentationen abgegolten.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden ÄRZTE verpflichten sich, für die im Rahmen des Vertrages teilnehmenden Versicherten der AOK PLUS neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gemäß §§ 11b bzw. 11c keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.
- (4) Der ARZT hat gemäß Anlage 6 gegenüber der KVT Anspruch auf Auszahlung der Vergütung für die von ihm vertrags- und ordnungsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen. Sofern die KVT Zahlungen geleistet hat, auf die der ARZT keinen Anspruch nach diesem Vertrag hat, ist die KVT berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Rechnungen bezüglich des Strukturvertrages CARDIO PLUS Thüringen 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 KVT unverzüglich nach Kenntniserlangung an, 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.
- (5) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen durch die ÄRZTE erfolgt gemäß dem in Anlage 7a beschriebenen Verfahren.
- (6) Die Vertragspartner haben das Ziel, die ÄRZTE an den Einsparungen bei den von ihnen - für die am Vertrag CARDIO PLUS Thüringen teilnehmenden Versicherten - verordneten Arzneimitteln zu beteiligen und damit die Wirtschaftlichkeit des Vertrages zu fördern. Es kann eine Pauschale zur wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung je eingeschriebenen Patienten erzielt werden. Dieser Patient ist definiert als ein an diesem Vertrag teilnehmender Versicherter, dem mindestens ein Arzneimittel aus der jeweiligen Arzneimittelgruppe gemäß Anlage 9 verordnet wurde.

§ 16 Abrechnung der KVT

Zur Vereinheitlichung und Vereinfachung der Abrechnung von Selektivverträgen verständigen sich die AOK PLUS und die KVT darauf, dass abweichend von den bestehenden Regelungen zur Abrechnung der KVT gegenüber der AOK PLUS in den der im Rubrum aufgeführten Verträgen bzw. Vereinbarungen und der entsprechenden Anlagen die nachfolgende Verfahrensweise bei der Abrechnung in Anwendung gebracht wird:

Die AOK PLUS übermittelt das Arzt-Versichertenverzeichnis bis Ende des auf das Leistungsquartal folgenden Monats an die KVT. Die KVT prüft die Abrechnung der Vertragsärzte nach Maßgabe der ihr obliegenden Pflichten und übermittelt die einzelnen Abrechnungsdaten im Rahmen der Lieferung der Einzelfallnachweise (EFN). Die Rechnungslegung gegenüber der AOK PLUS erfolgt zusammengefasst für alle Verträge in Form eines Rechnungsbriefes inkl. der abgestimmten Anlagen. Ein Ausweis im Formblatt 3 erfolgt nicht.

In Verbindung mit dem Rechnungsbrief stellt die KVT der AOK PLUS zusätzlich alle Anlagen zu den Rechnungsbeträgen je Quartal in elektronisch verwertbarer Form (xlsx-Format) zur Verfügung.

Für die Rechnungslegung gelten die Fristen gemäß der jeweils aktuell gültigen Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen.

Alle übrigen Regelungen zur Abrechnung der KVT werden unverändert fortgeführt.

Die Umstellung auf die vorgenannte Verfahrensweise erfolgt erstmalig mit der Abrechnung des Leistungsquartals „2. Quartal 2017“ und findet solange Anwendung, bis diese widerrufen wird bzw. in den entsprechenden Verträgen bzw. Vereinbarungen neue Regelungen zur Abrechnung der KVT vereinbart werden.

Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände

§ 17 [unbesetzt]

§ 18 Vertragskommission

- (1) Im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung der Versorgung bilden die Vertragspartner eine Vertragskommission. Die Vertragskommission setzt sich aus jeweils 3 Vertretern der AOK PLUS und der KVT zusammen. Bei Bedarf können die Vertragspartner Berater (ohne Stimmrecht) hinzuziehen. Die Vertreter können von dem 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 Nr. 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 Nr. 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 schriftlich widersprochen hat.
- (3) Die Vertragskommission tritt bei Bedarf zeitnah auf Einberufung eines Vertragspartners zusammen. Eine Entscheidung der Vertragskommission ist auch im Falle von Abs. 4 Nr. 6 im schriftlichen Abstimmungsverfahren möglich.
- (4) Zu den Aufgaben der Vertragskommission gehören, insbesondere
 1. die einheitliche Weiterentwicklung des Versorgungsauftrages 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 eventuellen Stichprobenprüfungen,
 4. die Vorbereitung der Entscheidung über den Ausschluss eines HAUS- oder FACHARZTES gemäß § 7 Abs. 6,
 5. die Ergänzung der Anlage 4b um weitere Module,
 6. die inhaltliche Fortschreibung und Weiterentwicklung der Anlage 4b in bestehenden Modulen und der Anlage 5.

- (5) Die Aufwendungen für die Mitglieder der Vertragskommission trägt der Entsendende selbst.

§ 19 Gewährleistung und Haftung

- (1) Es gelten die gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen des SGB V und des Vertragsarztrechts.
- (2) Die KVT und die teilnehmenden **ÄRZTE** haften gegenüber der AOK PLUS nicht für den wirtschaftlichen Erfolg des zertifizierten AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle in Form von Einsparungen der AOK PLUS als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe des zertifizierten AIS mit S3C-IT-Vertragsschnittstelle nach Anlage 4a.

§ 20 Kostentragsabrede

Im Falle der Anfechtung von Entscheidungen der KVT, 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 anfallenden und von der KVT gemäß § 193 SGG zu erstattenden Kosten und Kosten im Verwaltungsverfahren. Dies gilt nicht, wenn die Erstattungspflicht allein aus dem Verantwortungsbereich der KVT resultiert oder allein von der KVT zu vertreten ist. Die gesetzliche Kostenregelung im Falle einer Antragsstellung der AOK PLUS bei Beiladung geht dieser Kostentragsabrede vor.

§ 21 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

- (1) Die Vertragspartner und beteiligten **ÄRZTE** sind verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten, insbesondere der EU-DSGVO, der Sozialgesetzbücher, des Landesdatenschutzgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes und des Behandlungsvertrages, in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten. Sie haben den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung, dem Behandlungsvertrag und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Vertragspartner und beteiligten **ÄRZTE** stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (2) Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben verarbeitet werden, wenn der **ARZT** oder der Versicherte bzw. der/die dazu berechnigte/n Vertreter durch Unterzeichnung der TE/EWE eingewilligt hat/haben. Ausgenommen hiervon sind Angaben den Versicherten betreffend gegenüber den beteiligten behandelnden **ÄRZTEN** und sonstigen Leistungserbringern, dem MDK, der KVT und der AOK PLUS gemäß den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind.

- (3) Werden die Versichertendaten im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert, dürfen alle - den Versicherten im Rahmen des Vertrages - behandelnden **ÄRZTE** Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation nur dann abrufen, wenn der Versicherte durch Unterzeichnung der TE/EWE für Versicherte seine Einwilligung erteilt hat, und soweit die Informationen für den konkret anstehenden Behandlungsfall des Versicherten genutzt werden sollen und der abrufende **ARZT** zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (4) Die Vertragspartner und die beteiligten **ÄRZTE** haben jeweils die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Standes der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere i. V. m. Art. 5 Abs. 1 und 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.
- (5) Die Vertragspartner sind verpflichtet, sich gegenseitig unverzüglich über die an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldeten Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren. Diese Verpflichtung gilt auch für die **ÄRZTE** gegenüber der KVT und der AOK PLUS.“

§ 22 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.

§ 23 Exklusivitätsklausel

- (1) Nach Inkrafttreten des Vertrages gilt dieser exklusiv 2 Jahre für Versicherte der AOK PLUS. Nach Ablauf dieser Zeit stimmen sich die Vertragspartner einvernehmlich über die weitere Verfahrensweise ab.
- (2) Für den Fall, dass die KVT mit einer Krankenkasse einen Vertrag mit annähernd gleichen Vertragsbedingungen 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.

§ 24 [unbesetzt]

§ 25 Vertragsänderungen und Formvorschriften

- (1) Die AOK PLUS und die KVT sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag und/oder Anlagen mit Wirkung für alle **ÄRZTE** und/oder Versicherten mit angemessener Vorlaufzeit nach Maßgabe der folgenden Absätze 2 und 3 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung der Koordinierung von Versicherten mit kardiovaskulären Erkrankungen nach diesem Vertrag zwingend erfordert. Für Änderungen im Vertrag und/oder der 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. Die elektronischen Formen nach §§ 126a bzw. 127 Abs. 3 BGB (z. B. E-Mail) 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.

§ 26 Evaluation

- (1) Die AOK PLUS behält sich vor, eine Evaluation des Vertrages im Hinblick auf die Ziele gemäß § 1 zu veranlassen. Die Inhalte der Evaluation werden von den Vertragspartnern erarbeitet und einvernehmlich verabschiedet. Einzelheiten zum Verfahren werden gesondert geregelt.
- (2) Die Weiterverwendung bzw. Veröffentlichung der Ergebnisse der Evaluation bedürfen der vorherigen Zustimmung der Vertragspartner.

§ 27 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2012 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmals zum 30.06.2014 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 ÄRZTEN 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,
 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 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. Die elektronischen Formen nach §§ 126a bzw. 127 Abs. 3 BGB (z. B. E-Mail) wahren die Schriftform nicht.
- (6) Die Vertragspartner verpflichten sich spätestens 3 Monate vor Ablauf der Vertragslaufzeit in Verhandlungen über eine Fortführung des Vertrages einzutreten. Der Vertrag kann im Falle von schwebenden Verhandlungen längstens für 3 Monate nach Ablauf der Vertragslaufzeit unverändert, d. h. unter Fortgeltung der Rechte und Pflichten, weitergeführt werden.

§ 28
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 in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

Weimar, Dresden, 12.06.2012

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

AOK PLUS