

**Vertrag zu einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V
zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen
(Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen - ARMIN)**

vom 27.03.2014

in der Fassung des 5. Nachtrags, gültig ab 01.01.2017

zwischen der

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

im Folgenden „AOK PLUS“ genannt

und der/dem

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

im Folgenden „KVS“ genannt

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

im Folgenden „KVT“ genannt

Sächsischen Apothekerverband e. V.

im Folgenden „SAV“ genannt

Thüringer Apothekerverband e. V.

im Folgenden „ThAV“ genannt

INHALT

Abschnitt I – Grundlagen und Vertragsgegenstand	6
§ 1 Gegenstand, Ziele und Stufen des Vertrages	6
§ 2 Geltungsbereich	7
Abschnitt II–Teilnahme der Versicherten	7
§ 3 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte	7
§ 4 Einschreibung des Versicherten in Stufe 3.....	7
§ 5 Pflichten der Versicherten.....	8
§ 6 Beendigung der Teilnahme der Versicherten	9
§ 7 Wechsel des Arztes oder der Apotheke	9
Abschnitt III – Teilnahme der Ärzte	9
§ 8 Teilnahmeberechtigung der Ärzte.....	9
§ 9 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte.....	10
§ 10 Einschreibung der Ärzte.....	10
§ 11 Beendigung der Teilnahme des Arztes, Sonderkündigung, Ausschluss.....	10
§ 12 Aufgaben und Inhalt der Leistungen des Arztes	11
§ 13 Vergütung und Abrechnung für Ärzte	12
Abschnitt IV – Teilnahme der Apotheken.....	12
§ 14 Teilnahmevoraussetzungen der Apotheken	12
§ 15 Einschreibung der Apotheken.....	13
§ 16 Beendigung der Teilnahme der Apotheken, Sonderkündigung.....	13
§ 17 Aufgaben und Inhalte der Leistungen der Apotheke	14
§ 18 Vergütung und Abrechnung für Apotheken	14
Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner	14
§ 19 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen	14
§ 20 Aufgaben der Apothekerverbände.....	15
§ 21 Aufgaben der AOK PLUS.....	15
Abschnitt VI – Vertragsbeirat	16
§ 22 Vertragsbeirat	16
§ 23 Vertragsverletzungen.....	17
§ 24 Weiterentwicklung des Modellvorhabens	17
Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände.....	17
§ 25 Gewährleistung und Haftung	17
§ 26 Datenschutz	18
§ 27 Evaluation	18
§ 28 Öffentlichkeitsarbeit	19
§ 29 Vertragsänderungen und Formvorschriften	19
§ 30 Inkrafttreten und Kündigung	19
§ 31 Weitere Regelungen	20
§ 32 Salvatorische Klausel	20
Anlage 1a - Praxisausstattung	21
I. Abschnitt – Mindestanforderungen und Teilnahmevoraussetzungen.....	21
II. Abschnitt – Empfohlene Ausstattung.....	21
III. Abschnitt –Vorliegen der Teilnahmevoraussetzung „PVS mit IT-Vertragsschnittstelle“	21
IV. Abschnitt - Vorliegen der Teilnahmevoraussetzung „KV-SafeNet*“	22
V. Abschnitt - Kosten für die Nutzung des PVS mit IT-Vertragsschnittstelle und des KV-SafeNet*	22
Anlage 1b - Apothekenausstattung	23

I. Abschnitt – Mindestanforderungen ab Stufe 3	23
II. Abschnitt – Spezifikation der Teilnahmevoraussetzungen.....	23
II.1. Apothekenverwaltungssystem mit IT-Vertragsschnittstelle	23
II.2. Gesicherte Datenübermittlung	23
Abschnitt I.....	38
1. Änderungshistorie	38
2. Allgemeines und grundsätzliche Festlegungen zur Abwicklung des Datenaustausches.....	38
Abschnitt II.....	39
3. Technischer Ablauf des Datenaustausches	39
3.1 Verschlüsselung, Datensicherheit und Datenübertragung.....	39
4. Vertragskennzeichen und Vertragsnummer	40
5. Teilnehmerverzeichnis Ärzte	40
5.1 Dateinamen	40
5.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	41
Struktur der Input-Datei Arzt-Teilnahmen	41
6. Teilnehmerverzeichnisse Versicherte	43
6.1 Liefertermin.....	43
6.2 Dateinamen	43
6.3 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	43
6.4 TVZ: Teilnahmeverzeichnis der eingeschriebenen Versicherten bei betreuenden Ärzten	44
6.5 PVZ: Verzeichnis der sich in Prüfung befindlichen Teilnahmeerklärungen	46
6.6 AVZ: Verzeichnis der abgelehnten Teilnahmeerklärungen	47
6.7 Schlüsselverzeichnis möglicher Ende-, Storno- und Ablehnungsgründe TE, Arztverzeichnis	49
7. Verfügbarkeitsdateien zur Vertragsschnittstelle.....	51
7.1 Dateinamen	51
7.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	51
8. Abrechnung der Leistungen nach Anlage 8a – I.3 Medikationsmanagement	54
8.1 Inhalt	54
8.2 Abrechnungsdateien.....	54
8.2.1 Dateinamen.....	54
8.2.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	55
9. Abrechnung der Pauschale für strukturverbessernde Maßnahmen	64
9.1 Dateinamen	64
9.2 Strukturpauschale 2	65
10. Abrechnung der Arzneimittel-Leistungspauschale	65
10.1 Dateinamen	65
10.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	66
10.3 Datenübermittlung von abgerechneten Verordnungen mit Arzneimitteln des Medikationskataloges (nach Anlage 10) zur Verifizierung der Arzneimittel-Leistungspauschale	67
10.3.1 Dateinamen	67
10.3.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	68
AZMEDKAT: Struktur der abgerechneten Verordnungen mit Arzneimitteln des Medikationskataloges	68
AZMEDKAT_BSNR	71
ABSSTRUK: Aufteilung der Absatzbeträge nach relevanten Strukturverträgen	72

GESSPAREN: Ermittlung der Gesamtersparnis je KV	72
GESAUSSCH: Ermittlung der Gesamtausschüttung je KV	74
ABGVOAZM: Struktur der abgerechneten Verordnungen mit Arzneimitteln je ATC.....	76
10.4 Ermittlung der Zielwerte nach Anlage 10	80
10.4.1 Dateinamen	80
10.4.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	80
11. Begleitdatei Wirkstoffverordnung	81
11.1 Dateinamen	81
11.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	82
12. Datenübermittlung von abgerechneten Verordnungen mit Arzneimitteln, die von Verträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V erfasst sind, sowie von abgerechneten Wirkstoffverordnungen sonstiger generikafähiger Arzneimittel	83
12.1 Dateinamen	83
12.2 Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente).....	83
VORAB: Anzahl und Kosten der abgerechneten Verordnungen mit Rabatt-Arzneimitteln.....	83
13. Datenübermittlung zwischen der KV Thüringen, den Apothekenverbänden und der KV Sachsen für die Erstellung und Pflege einer gemeinsamen Internetpräsenz	85
13.1 Adressdaten der teilnehmenden Apotheken am Modellvorhaben	85
13.2 Adressdaten der teilnehmenden Ärzte am Modellvorhaben der KV Thüringen	86
14. Fehlerverfahren und Fehlerbehandlung.....	87
14.1 Fehlerverfahren	87
14.2 Fehlerbehandlung	88
Abschnitt III	89
15. Abrechnungsverfahren zwischen der zuständigen KV und der AOK PLUS	89
Abschnitt I – Datenaustausch zwischen den Apothekerverbänden und der AOK PLUS zum Teilnahmeverzeichnis Apotheken	91
1. Ablauf des Datenaustausches	91
2. Teilnahmeverzeichnis Apotheken.....	91
3. Aufbau und Inhalt der Dateien (Elemente)	91
4. Fehlerbehandlung und sonstiges zum Datenaustausch	92
Abschnitt II –Abrechnung	93
5. Abrechnung der Wirkstoffverordnung	93
5.1. Zahlungsmodalitäten, Abrechnungsunterlagen	93
5.2. Übermittlung der Wirkstoffverordnungsdaten in der Apothekenabrechnung	93
6. Abrechnung der Pauschalen des Medikationsmanagements und der ARMIN-Strukturpauschale	94
7. Weiterentwicklung zur Abrechnung der Pauschalen des Medikationsmanagements und der ARMIN-Strukturpauschale	95
8. Ansprechpartner	95
2. Teilnehmerlisten.....	97
2.1. Teilnehmerliste - Ärzte	97
2.2. Teilnehmerliste - Apotheken	98
2.3. Teilnehmerliste - Versicherte	98
3. Zuordnungslisten	99
3.1. Versicherter-Arzt - Zuordnungsliste.....	99
3.2. Versicherter-Apotheke - Zuordnungsliste	99
4. Abrechnungsdaten	100
4.1. Abgerechnete Verordnungsdaten	100

5. Vorschlagslisten	101
Anlage 7 - Vereinbarung nach § 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V zur Berücksichtigung von Vorab-Praxis-besonderheiten nach § 106 Abs. 5a SGB V (MUSTER).....	105
Anlage 8b - Abrechnung und Vergütung für Apotheken	117
Anlage 9 - Wirkstoffverordnung	121
Abschnitt I – Zweck	133
Abschnitt II – Leistungsbeschreibung	133
II.1. Aufgaben des Apothekers im Medikationsmanagement	133
II.2. Aufgaben des Arztes im Medikationsmanagement	134
II.3. Grundsätzliche Zuständigkeiten bei der Erstellung und Pflege des Medikationsplans	135

Anlagenverzeichnis

Anlage 1a	Praxisausstattung
Anlage 1b	Apothekenausstattung
Anlage 2	Mindestanforderungen für eine Zulassung als IT-Vertragsschnittstelle, Zulassungsverfahren und Weiterentwicklung
Anlage 3a	Teilnahmeerklärung Ärzte für KV-Bereich Sachsen/ KV-Bereich Thüringen
Anlage 3b	Teilnahmeerklärung Apotheke (Muster)
Anlage 4a	Technische Anlage Ärzte
Anlage 4b	Technische Anlage Apotheke
Anlage 4c	Technische Anlage AOK PLUS
Anlage 5	unbesetzt
Anlage 6	Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte
Anlage 7	Vereinbarung nach § 84 Absatz 1 Satz 5 SGB V zur Berücksichtigung von Vorab-Praxisbesonderheiten nach § 106 Absatz 5a SGB V (Muster)
Anlage 8a	Abrechnung und Vergütung Ärzte
Anlage 8b	Abrechnung und Vergütung Apotheken
Anlage 9	Wirkstoffverordnung
Anlage 10	Medikationskatalog
Anlage 11	Medikationsmanagement

Präambel

Die Vertragspartner wollen mit dem vorliegenden Vertrag den gesetzgeberischen Willen zur Erprobung von Modellvorhaben nach § 63 SGB V und den dort vorgesehenen Anforderungen und Inhalten im Rahmen des eingeräumten Gestaltungsspielraums Rechnung tragen. Sie wollen ein gemeinsames Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit sowie zur Steigerung von Arzneimitteltherapiesicherheit und Therapietreue in der Arzneimittelversorgung insbesondere von multimorbiden Versicherten der AOK PLUS mit Multimedikation in der abgestimmten Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker umsetzen¹.

Die Vertragspartner übernehmen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung ihre jeweilige Verantwortung, um gemeinsam die Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit als auch der Qualitätsverbesserung auszubauen. Die Partner streben eine intensive und enge Zusammenarbeit an.

Abschnitt I – Grundlagen und Vertragsgegenstand

§ 1 Gegenstand, Ziele und Stufen des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag regelt die Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie der Ärzte, der Apotheken und der Versicherten und beschreibt die Rahmenbedingungen für die Durchführung und Ausgestaltung des Modellvorhabens im Geltungsbereich. Es erfolgt eine zeitnahe Öffnung dieses Modellvorhabens nach § 63 SGB V für weitere gesetzliche Krankenkassen (Beitrittsmöglichkeit), für die die Regelungen des Vertrages mit der AOK PLUS dann analog gelten. Die Überführung des Modellvorhabens in einen Vertrag gemäß § 64a SGB V ist nach erfolgreicher Implementierung dieses Modellvorhabens nach § 63 SGB V vorgesehen.
- (2) Mit diesem Vertrag soll die wohnortnahe Betreuung und Versorgung der Versicherten der AOK PLUS durch Ärzte und Apotheker optimiert und weiterentwickelt werden.
- (3) Ziel des Vertrages ist die Etablierung eines gemeinsam von Arzt und Apotheker umzusetzenden Betreuungskonzeptes, das im Wesentlichen aus drei Bestandteilen besteht:
 - (a) einer Wirkstoffverordnung, die die Verordnung von Wirkstoffen anstelle von Präparaten befördert (Stufe 1; gemäß Anlage 9),
 - (b) einem wirkstoffbezogenen Medikationskatalog, in welchem die Mittel der Wahl für versorgungsrelevante Indikationen festgelegt sind (Stufe 2; gemäß Anlage 10) und
 - (c) einem Medikationsmanagement, mit dem die gesamte Medikation eines Versicherten, einschließlich der Selbstmedikation, wiederholt analysiert wird (Stufe 3; gemäß Anlage 11).Damit sollen eine Reduktion von Arzneimittelrisiken, eine Steigerung der Therapietreue sowie eine Verbesserung der Versorgungsqualität bestimmter Versichertengruppen bei gleichzeitiger Kostensenkung erreicht werden.
- (4) Die Therapiefreiheit bleibt im Rahmen dieses Modells erhalten. Der Arzt ist zur Erfüllung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in der Arzneimittelversorgung entsprechend den einschlägigen rechtlichen Regelungen verpflichtet. Dazu gehört es, die Abgabe von Arzneimitteln gemäß den Rabattverträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V insbesondere mit Hilfe der Wirkstoffverordnung zu befördern und – soweit nicht medizinisch notwendig – ohne aut-idem-Kreuz zu verordnen.
- (5) Durch die ermöglichte Abgabe der Arzneimittel der jeweils gültigen Rabattverträge im Rahmen dieses Modells beteiligt sich der Arzt am Ziel und Zweck der Rabattverträge. Die Teilnahme an diesem Modell gilt daher hinsichtlich der im Modell verordneten Arzneimittel mit generikafähigen Wirkstoffen als eine Beteiligung und Beitritt gemäß § 106 Absatz 2 Satz 8 SGB V in Bezug auf die Generika-Rabattverträge der AOK PLUS nach § 130a Absatz 8 SGB V. Verordnungen der vorgenannten Arzneimittel von Ärzten, die der Richtgrößenprüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V unterliegen, sind für die Laufzeit des Modells nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung. Mit dem

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden Vertragstexte, Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in maskuliner Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen.

Beitritt zu den o.g. Rabattverträgen über die Teilnahme an diesem Modell sind für die teilnehmenden Ärzte keine weiteren Pflichten über die aus diesem Modellvorhaben hinaus erwachsenden verbunden.

- (6) Die Wirkstoffverordnung nach diesem Vertrag sieht eine produktneutrale Verordnung anstelle von Präparaten durch den Arzt vor und soll die Therapietreue befördern. Dabei erfolgt die Arzneimittelauswahl durch die Apotheke teilweise in Abweichung vom Rahmenvertrag nach § 129 SGB V. Das Nähere wird in der Anlage 9 geregelt.

§ 2 Geltungsbereich

Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Vertrages sind der Freistaat Sachsen und der Freistaat Thüringen. Der Vertrag gilt für teilnehmende Vertragsärzte und Apotheken mit Sitz in diesen Bundesländern und für Versicherte der AOK PLUS, die bei diesen Leistungserbringern in Betreuung sind.

Abschnitt II–Teilnahme der Versicherten

§ 3 Teilnahmeberechtigung und Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

- (1) Für die Stufen 1 und 2 ist keine Teilnahmeerklärung des Versicherten notwendig.
- (2) Die Teilnahme der Versicherten in der Stufe 3 ist freiwillig. Teilnahmeberechtigt in Stufe 3 sind alle Versicherten der AOK PLUS, sofern sie:
 - (a) das 18. Lebensjahr vollendet haben,
 - (b) durch schriftliche Erklärung in die Bedingungen dieses Vertrages einwilligen,
 - (c) nicht dauerhaft in Pflegeeinrichtungen stationär betreut werden und
 - (d) einen an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V (Regelfall) oder einen Facharzt nach § 4 Absatz 4 dieses Vertrages und eine an diesem Vertrag teilnehmende Apotheke zur Betreuung auswählen.
- (3) Voraussetzung für die Teilnahme des Versicherten in Stufe 3 ist die gleichzeitige Arzneimitteltherapie mit mindestens 5 Wirkstoffen mit systemischer Wirkung in der Dauermedikation (Zeitraum von voraussichtlich mindestens 6 Monaten). Dazu zählen nicht:
 - (a) Akuttherapie mit Antiinfektiva oder mit Wirkstoffen zur Behandlung von Schmerzen,
 - (b) Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen mit geringem Risikopotential (z. B. Anthroposophie, Homöopathie, Phytotherapie).
- (4) Die AOK PLUS schlägt auf Basis der Teilnahmevoraussetzungen Versicherte für die Einschreibung in das Modellvorhaben vor. Darüber hinaus können weitere Versicherte durch Arzt oder Apotheke für die Einschreibung in das Modellvorhaben ausgewählt werden. Für die Auswahl dieser Versicherten gelten die Kriterien unter Absatz 2 und Absatz 3 oder die Kriterien unter Absatz 2 und eine aus Sicht von Arzt oder Apotheke vorliegende unzureichende, aber beeinflussbare Therapietreue bei Versicherten mit mehreren Wirkstoffen in Dauermedikation. Die Anzahl der nach Satz 2 und 3 von Arzt oder Apotheke zur Einschreibung berechtigten Versicherten kann zusätzlich bis zu 25 v. H. der Anzahl der Versicherten auf der Vorschlagsliste nach Satz 1 betragen.

§ 4 Einschreibung des Versicherten in Stufe 3

- (1) Ein Anspruch von Versicherten der AOK PLUS zur Teilnahme am Modellvorhaben ergibt sich allein aus der Satzung der AOK PLUS in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen für Versicherte. Weitere Ansprüche von Versicherten der AOK PLUS werden, soweit nicht ausdrücklich geregelt, unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung willigt der Versicherte in das Versorgungsangebot, den Leistungsumfang sowie die Pflichten und Bedingungen dieses Vertrages nach Maßgabe der Satzungsregelung ein.
- (2) Die Teilnahme des Versicherten wird durch gemeinsame Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den Versicherten, den gewählten Arzt und die gewählte Apotheke erklärt. Vor der Unterzeichnung durch den Versicherten erfolgt durch den Leistungserbringer eine persönliche und

umfassende Beratung über die Inhalte und Ziele des Vertrages. Die Teilnahme des Versicherten kann durch die Apotheke oder den Arzt initiiert werden.

- (3) Durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung willigt der Versicherte in die Datenerhebung, Datenübermittlung, Datendokumentation, Speicherung und Verarbeitung seiner personenbezogenen Verordnungsdaten sowie der für die Arzneimitteltherapiesicherheit relevanten klinischen Informationendurch den gewählten Arzt und durch die gewählte Apotheke ein.
- (4) In der Regel ist ein Arzt der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a Satz 1 SGB V für die Einschreibung und den ärztlichen Teil des Medikationsmanagements verantwortlich. Die Einschreibung von Versicherten in das Modellvorhaben bei Ärzten, die der fachärztlichen Versorgung angehören, ist möglich, wenn diese Ärzte für diese konkrete Arzt-Versicherten-Konstellation die koordinierende Funktion für die Gesamtmedikation des Versicherten inne haben und nach einem positiven Votum der AOK PLUS zur Erbringung des Medikationsmanagements die Abrechnungsgenehmigung durch die zuständige KV erhalten haben.
- (5) Die Einschreibung erfolgt mittels eines Vierfach-Durchschreibesatzes der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 6). Der Initiator des Einschreibeprozesses unterzeichnet selbst (behält seinen Durchschlag) und gibt sie dem Versicherten mit, so dass dieser die Teilnahme- und Einwilligungserklärung dem anderen Leistungserbringer nach seiner Unterschrift übergeben kann. Der letztunterschreibende Leistungserbringer (behält seinen Durchschlag) versendet das Original innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Unterzeichnung per Post an die AOK PLUS an die auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung angegebene Adresse und übergibt dem Versicherten einen Durchschlag.
- (6) Ist die Teilnahmeberechtigung gegeben und sind die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, beginnt die Teilnahme des Versicherten mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Maßgebend ist das letzte Datum aller auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Absatz 5 zu leistenden Unterschriften. Die AOK PLUS informiert die Versicherten über den Beginn der Teilnahme.
- (7) Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter zeitgleich für mehr als einen betreuenden Arzt und/oder eine betreuende Apotheke entschieden hat, erfolgt eine Aufforderung der AOK PLUS an den Versicherten, sich für jeweils einen Arzt und eine Apotheke zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der AOK PLUS unverzüglich mitzuteilen. Die AOK PLUS unterrichtet unverzüglich die betroffenen Ärzte und die betroffenen Apotheken.
- (8) Sollte die Teilnahme- und Einwilligungserklärung eines Versicherten unvollständig oder fehlerhaft sein, veranlasst die AOK PLUS - soweit möglich - die Vervollständigung bzw. Korrektur der Erklärung.
- (9) Über eine Weiterentwicklung des Einschreibeprozesses unter Nutzung der IT-Vertragsschnittstelle entscheiden die Vertragspartner.

§ 5 Pflichten der Versicherten

- (1) Der teilnehmende Versicherte verpflichtet sich, während seiner Teilnahme das Modellvorhaben aktiv zu unterstützen und dem betreuenden Arzt und der betreuenden Apotheke alle dazu erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere hinsichtlich der Änderungen und Ergänzungen seiner Medikation.
- (2) Der teilnehmende Versicherte verpflichtet sich, für die Inanspruchnahme der Leistungen des Medikationsmanagements in Stufe 3 den betreuenden Arzt aufzusuchen. Bei Erkrankungen, die einer fachärztlichen Behandlung bedürfen, soll der Versicherte die fachärztliche Versorgung ausschließlich auf Überweisung des betreuenden Arztes in Anspruch nehmen.
- (3) Der Versicherte verpflichtet sich, die Arzneimittelversorgung - mit Ausnahme von Notfällen und Abwesenheiten vom Wohnsitz von mehr als 3 Tagen - durch die gewählte Apotheke vornehmen zu lassen und die Leistungen des Medikationsmanagements in dieser Apotheke in Anspruch zu nehmen.
- (4) Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bindet sich der Versicherte vorbehaltlich der Regelungen in § 6 und § 7 für die Dauer des Modellvorhabens an diesen Vertrag sowie den betreuenden Arzt und die betreuende Apotheke. Die Möglichkeit zum Arztwechsel im Rahmen der Teilnahme des Versicherten an strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten nach § 137 f SGB V (DMP-Verträge) bleibt hiervon unter Berücksichtigung von § 6 und § 7 unberührt.

- (5) Vor einer stationären Krankenhausbehandlung soll mit Ausnahme von Notfällen oder sonstigen unaufschiebbaren Fällen grundsätzlich der betreuende Arzt kontaktiert werden, damit der Medikationsplan vollständig und aktuell zum Zeitpunkt der Aufnahme im Krankenhaus vorliegt.

§ 6 Beendigung der Teilnahme der Versicherten

- (1) Der Versicherte kann die Teilnahme ohne Angabe von Gründen zum Ablauf des Kalenderjahres, erstmalig zum Ablauf des ersten Teilnahmejahres ab Beginn der Teilnahme kündigen. Die Kündigung hat mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf des ersten Teilnahmejahres bzw. eines Kalenderjahres schriftlich gegenüber der AOK PLUS zu erfolgen. Der Versicherte kann sich innerhalb von 12 Monaten nach Beendigung der Teilnahme nicht erneut in das Modellvorhaben einschreiben.
- (2) Das Recht zur schriftlichen außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende bleibt unberührt, § 6 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet außer durch Kündigung auch, wenn der gewählte Arzt oder die gewählte Apotheke nicht mehr an diesem Vertrag teilnimmt und der teilnehmende Versicherte an deren Stelle keinen anderen teilnehmenden Arzt oder keine andere teilnehmende Apotheke wählt oder das Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS endet.
- (4) Bei wiederholter Nichtbeachtung der Pflichten aus diesem Vertrag, insbesondere nach § 5, sowie bei dauerhafter Nichtinanspruchnahme des gewählten Arztes oder der gewählten Apotheke in Stufe 3, kann der Ausschluss des Versicherten aus diesem Vertrag erfolgen. Über den Ausschluss entscheidet die AOK PLUS, die den betreffenden Versicherten schriftlich informiert. Der betreuende Arzt und die betreuende Apotheke werden unverzüglich von der AOK PLUS über den Ausschluss unterrichtet, § 6 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 7 Wechsel des Arztes oder der Apotheke

- (1) Ein Arzt- bzw. Apothekenwechsel durch den Versicherten ist zulässig bei:
- (a) Beendigung der Teilnahme des bisherigen Arztes bzw. der bisherigen Apotheke an diesem Vertrag,
 - (b) Umzug des bisherigen Arztes bzw. der bisherigen Apotheke und Unzumutbarkeit der Entfernung für den Versicherten,
 - (c) Umzug des Versicherten und Unzumutbarkeit der Entfernung zum bisherigen betreuenden Arzt bzw. zur betreuenden Apotheke,
 - (d) Ruhen der Zulassung des bisherigen, betreuenden Arztes länger als 3 Monate einschließlich eines Rückwechsels nach Ende des Ruhezeitraumes,
 - (e) nachhaltig gestörtem Arzt-Versicherten-Verhältnis bzw. Apotheken-Versicherten-Verhältnis,
 - (f) wesentlicher Verbesserung der wohnortnahen Versorgung.
- (2) Der Leistungserbringerwechsel wird durch Ausfüllen und Unterzeichnen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den/die neugewählten Leistungserbringer und den Versicherten angezeigt. Die AOK PLUS setzt die bisher betreuenden Leistungserbringer über den erfolgten Wechsel in geeigneter Form in Kenntnis. Gleiches gilt für die Information des/der neu gewählten Leistungserbringer(s) hinsichtlich des/der bisher betreuenden Leistungserbringer(s).

Abschnitt III – Teilnahme der Ärzte

§ 8 Teilnahmeberechtigung der Ärzte

- (1) Zur Teilnahme an diesem Vertrag sind niedergelassene und angestellte Vertragsärzte in Vertragsarztpraxen, in Berufsausübungsgemeinschaften, in MVZ gemäß § 95 SGB V bzw. in Einrichtungen gemäß § 105 Absatz 1 und 5 und § 311 Absatz 2 SGB V im Bereich der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV-Bereich) berechtigt. Dies gilt auch für ermächtigte Ärzte. Im Folgenden werden die ärztlichen Teilnehmer allgemein als Arzt/Einrichtung bezeichnet.

- (2) Bei einer Teilnahme über angestellte Ärzte nimmt der anstellende Vertragsarzt bzw. die anstellende 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 der zuständigen KV mitzuteilen.
- (3) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Vertrag ist freiwillig. Die Teilnahmeberechtigung setzt die in § 9 i. V. m. Anlagen 1a und 2 genannten besonderen persönlichen und sächlichen Qualitätsanforderungen (Teilnahmevoraussetzungen) voraus.

§ 9 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, sind folgende persönliche und sächliche Anforderungen:

- (a) Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 8 Absatz 1,
- (b) Vorhandensein und Verpflichtung, ein in den Anlagen 1a und 2 beschriebenes zertifiziertes Praxisverwaltungssystem(PVS) mit der von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten Anwendungsspezifikation (IT-Vertragsschnittstelle stets in der aktuellen Version) bereits in den Stufen 1 und 2 des Modellvorhabens und mit Beginn der Stufe 3 die Anbindung an das sichere Netz der KVen via KV-SafeNet² inklusive KV Connect zu nutzen,
- (c) Nutzung einer lizenzierten und quartalsaktuellen Arzneimitteldatenbank im PVS zur Arzneimittelverordnung,
- (d) Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Betriebsstätten- bzw. Nebenbetriebsstättenanschrift, Telefonnummer der Praxis in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage der AOK PLUS, der zuständigen KV und des zuständigen Apothekerverbandes und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner zum Modellvorhaben.

§ 10 Einschreibung der Ärzte

- (1) Der Arzt erklärt seine Teilnahme für alle Stufen des Modellvorhabens. Dies erfolgt durch die Abgabe der rechtsverbindlichen Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 3a gegenüber der für ihn zuständigen KV (möglichst per Fax).
- (2) Die zuständige KV prüft die Teilnahmeerklärung des Arztes und teilt ihm in der Regel innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der Teilnahmeerklärung das Ergebnis der Prüfung schriftlich mit. Sind die Teilnahmeberechtigung und -voraussetzungen erfüllt, erhält der/die teilnehmende Arzt/Einrichtung eine schriftliche Bestätigung mit Festlegung des Teilnahmebeginns.
- (3) Der Arzt/Einrichtung hat gegenüber seiner für ihn zuständigen KV die nachfolgenden Änderungen unverzüglich nach Kenntniserlangung vom Eintritt der Änderung schriftlich anzuzeigen:
 - (a) Entfallen der Teilnahmevoraussetzungen nach § 9 i. V. m. Anlagen 1a und 2 und
 - (b) Mitteilung über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit gemäß § 8 Absatz 2.

§ 11 Beendigung der Teilnahme des Arztes, Sonderkündigung, Ausschluss

- (1) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet automatisch mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der Anstellung des Arztes gemäß § 8 Absatz 1, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf. Das gilt auch für die

² Hinweis: Bitte beachten Sie, dass das KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Beendigung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die anstellende Arztpraxis oder die anstellende Einrichtung.

- (2) Die Teilnahme des Arztes ist auf die Laufzeit des Modellvorhabens begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser Vertrag – gleich aus welchem Grund – zwischen den Vertragspartnern in der Region des Arztes endet.
- (3) Der Arzt kann seine Teilnahme am Modellvorhaben mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich durch Erklärung gegenüber seiner zuständigen KV kündigen.
- (4) Sollten die Vertragspartner Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen, hat die zuständige KV die Ärzte hierüber in geeigneter Form zu informieren. Im Falle von Änderungen des Vertrages 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 zuständigen KV zu erfolgen. Die zuständige KV informiert die AOK PLUS mit der nächsten Lieferung des Arztverzeichnisses über die Kündigung des Arztes. Eine Fortführung des Vertrages ist nur im aktuell gültigen Inhalt möglich. Kündigt der Arzt nicht innerhalb dieser Frist und führt er den Vertrag fort, akzeptiert er die Änderungen des Vertrages bzw. seiner Anlagen.
- (5) Das Recht des Arztes zur schriftlichen Kündigung aus wichtigem Grund mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende bleibt im Übrigen unberührt.
- (6) Die Teilnahme des Arztes am Modellvorhaben kann gegenüber dem Arzt mit sofortiger Wirkung durch Ausschluss beendet werden, wenn:
 - (a) der Arzt Fehlabrechnungen vornimmt, es sei denn, es handelt sich um einen Einzelfall oder ein entschuldbares Versehen oder
 - (b) der Arzt gegen eine andere ihm nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen der Teilnahme am Modellvorhaben auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung nicht beseitigt oder
 - (c) er in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztsrechts oder der Berufsordnung oder das Wirtschaftlichkeitsgebot) verstößt.
- (7) Die Entscheidung über den Ausschluss eines Arztes trifft der Vertragsbeirat im Auftrag der jeweiligen Vertragspartner. Dem Arzt ist vor dem Ausschluss die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern. Der Ausschluss wird von der zuständigen KV vollzogen.
- (8) Mit Beendigung der Teilnahme des Arztes wird dessen Zugriff auf den IT-gestützten Medikationsplan deaktiviert.

§ 12 Aufgaben und Inhalt der Leistungen des Arztes

- (1) Der an diesem Vertrag teilnehmende Arzt wirkt auf eine strukturierte, qualitätsgesicherte und effiziente Arzneimittelversorgung hin. Der Arzt verpflichtet sich, in den einzelnen Stufen des Modellvorhabens die Bedingungen des Vertrages einzuhalten bzw. zu erfüllen, insbesondere folgende Leistungen zu erbringen:
 - (a) Stufe 1: präferierte Nutzung der Wirkstoffverordnung nach Maßgabe der Anlage 9
 - (b) Stufe 2: Beachtung des Medikationskataloges nach Maßgabe der Anlage 10
 - (c) Stufe 3 (betreuender Arzt): Umsetzung der Leistungsinhalte des Medikationsmanagement nach Maßgabe der Anlage 11.
- (2) In Stufe 3 des Modellvorhabens koordiniert er zusammen mit der gewählten Apotheke die Arzneimittelversorgung seiner teilnehmenden Versicherten. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich mit Unterzeichnung seiner Teilnahmeerklärung, insbesondere die nachfolgend aufgeführten Leistungen während der gesamten Dauer seiner Teilnahme am Modellvorhaben zu erbringen:
 - (a) Information der Versicherten über die Vorteile des Modellvorhabens, Aufklärung der Versicherten über die mit der Teilnahme an diesem Vertrag verbundenen Pflichten anhand der Anlage 6 sowie Unterstützung der Einschreibung der für die Teilnahme geeigneten Versicherten ins Modellvor-

haben einschließlich der Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen an die AOK PLUS, sofern er zweitunterschreibender Leistungserbringer ist,

- (b) Kooperation mit der vom Versicherten ausgewählten Apotheke mit der Folge der Bildung eines betreuenden Arzt-Apotheken-Paares,
 - (c) Durchführung einer konsequenten Behandlung, insbesondere nach evidenzbasierten und praxiserprobten Leitlinien insbesondere zur Multimedikation,
 - (d) Wahrnehmung der Lotsenfunktion als betreuender Arzt,
 - (e) Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines Medikationsplanes und Übergabe an den Versicherten, insbesondere vor Beginn eines bekannten stationären Krankenhausaufenthaltes,
 - (f) Anhalten des Versicherten, über Änderungen der fachärztlichen Verordnungen zu informieren.
 - (g) Anforderung der den Versicherten betreffenden Patientenunterlagen (Kopie) vom bisherigen betreuenden Arzt oder Übergabe der patientenrelevanten Informationen und Dokumente (Kopie) bei einem Arztwechsel der am Modellvorhaben teilnehmenden Versicherten in Stufe 3. Bei Bekanntwerden eines stationären Krankenhausaufenthaltes ist dem Versicherten der Medikationsplan auszuhändigen.
- (3) Der Arzt erklärt sich bereit, an einer Evaluation des Modellvorhabens teilzunehmen, soweit die Arbeitsabläufe in der Arztpraxis nicht wesentlich beeinträchtigt werden. Eine darüberhinausgehende Beteiligung an einer Evaluation bedarf einer gesonderten Vereinbarung. Das Nähere bestimmt der Vertragsbeirat nach § 22.
- (4) Der Arzt verpflichtet sich zur Teilnahme an einer Informationsveranstaltung oder, sofern dies gemäß § 19 Absatz 3 angeboten wird, Online-Fortbildung zum Modellvorhaben gemäß § 19 Absatz 3. Die Erfassung des Nachweises über die Teilnahme erfolgt durch die zuständige KV.
- (5) Der Arzt erklärt sich bereit, zukünftige zur Verfügung stehende und vom Vertragsbeirat beschlossene Anwendungsspezifikationen für verordnete Leistungen im Rahmen der IT-Vertragsschnittstelle zu nutzen.
- (6) Bei gleichzeitiger Teilnahme des Versicherten an strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V (DMP-Verträge) sind die diesbezüglichen Betreuungsvorgaben für den Versicherten, u. a. bei der Wahl des koordinierenden/betreuenden Arztes, auch im Rahmen des Modellvorhabens einzuhalten.

§ 13 Vergütung und Abrechnung für Ärzte

- (1) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen erfolgt ausschließlich durch die zuständige KV. Die Ärzte rechnen ihre Leistungen nach diesem Vertrag im Rahmen ihrer normalen GKV-Abrechnung ab.
- (2) Die Vergütung der nach diesem Vertrag vereinbarten und erbrachten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Die zuständige KV ist berechtigt, von den vertraglich vereinbarten Vergütungen der Anlage 8a Abschnitt I.2. und I.3. den jeweils gültigen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen. Entstehende Verwaltungskosten für die Abrechnung dürfen der AOK PLUS nicht in Rechnung gestellt werden.
- (4) Das Nähere zur Abrechnung und zur Vergütung regeln die Anlagen 4a und 8a.

Abschnitt IV – Teilnahme der Apotheken

§ 14 Teilnahmevoraussetzungen der Apotheken

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Apotheken, die Mitglied im SAV oder ThAV im Rahmen des räumlichen Geltungsbereiches sind.
- (2) Die Teilnahme der Apotheke an diesem Vertrag ist freiwillig und möglich, sofern
 - (a) sich die Apotheke verpflichtet, die in Anlage 1b genannten Voraussetzungen zu erfüllen,
 - (b) die Zustimmung zur Veröffentlichung von Apothekenname, Apothekenanschrift, Inhaber, Telefonnummer der Apotheke in einem öffentlichen Apothekenverzeichnis auf der Homepage der

AOK PLUS, des zuständigen Apothekerverbandes und auf einem internetbasierten Informationsportal der Vertragspartner zum Modellvorhaben vorliegt und

- (c) mindestens ein Apotheker der Apotheke innerhalb von 12 Monaten ab Teilnahme am Vertrag an einem vom SAV oder ThAV angebotenen Seminar zum ARMIN-Medikationsmanagement teilnimmt und dies innerhalb dieser Frist gegenüber seinem Apothekerverband mitteilt. Wird die Vertragsteilnahme bereits vor dem Start der Stufe 3 erklärt, beginnt die 12-Monatsfrist erst mit Beginn der Stufe 3.

§ 15 Einschreibung der Apotheken

- (1) Die Apotheke erklärt nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen ihre Teilnahme für alle Phasen des Modellvorhabens gegenüber ihrem zuständigen Apothekerverband durch Abgabe der Teilnahmeerklärung (vgl. Muster in Anlage 3b).
- (2) Mit der Einschreibung verpflichtet sich die Apotheke, diesen Vertrag entsprechend den vertraglichen Regelungen umzusetzen.
- (3) Die Apotheke hat gegenüber dem zuständigen Apothekerverband unverzüglich nach Kenntniserlangung des Entfallens der Teilnahmevoraussetzungen diese Änderung schriftlich anzuzeigen.

§ 16 Beendigung der Teilnahme der Apotheken, Sonderkündigung

- (1) Die Teilnahme der Apotheke an diesem Vertrag endet automatisch mit dem Ende der Mitgliedschaft beim zuständigen Apothekerverband oder mit der Beendigung oder dem Entzug der Erlaubnis zum Führen einer Apotheke, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung bedarf.
- (2) Die Teilnahme der Apotheke an diesem Vertrag ist auf die Laufzeit des Modellvorhabens begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieses Modellvorhaben zwischen den Vertragspartnern endet.
- (3) Die Apotheke kann ihre Teilnahme am Modellvorhaben mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahresschriftlich durch Erklärung gegenüber dem zuständigen Apothekerverband kündigen.
- (4) Sollten die Vertragspartner Änderungen bzw. Ergänzungen dieses Vertrages und/oder einer Anlage vornehmen, haben die Apothekerverbände die Apotheken hierüber in geeigneter Form zu informieren. Die Apotheke kann die Teilnahme innerhalb von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen zum Quartalsende kündigen, wenn sie von der Änderung oder Ergänzung betroffen ist und sie die Teilnahme an dem Vertrag aus diesem Grund beenden will (Sonderkündigungsrecht). Die Kündigung hat schriftlich gegenüber dem zuständigen Apothekerverband zu erfolgen. Der zuständige Apothekerverband informiert die AOK PLUS mit der nächsten Lieferung des Apothekenverzeichnisses über die Kündigung der Apotheke. Eine Fortführung des Vertrages ist nur im aktuell gültigen Inhalt möglich. Kündigt die Apotheke nicht innerhalb dieser Frist und führt sie den Vertrag fort, willigt sie in die Änderungen des Vertrages und seiner Anlagen ein.
- (5) Das Recht der Apotheke zur schriftlichen Kündigung aus wichtigem Grund mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende bleibt im Übrigen unberührt.
- (6) Die Teilnahme der Apotheke kann mit sofortiger Wirkung gekündigt werden, wenn:
 - (a) sie die Teilnahmeberechtigung nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch den zuständigen Apothekerverband nicht innerhalb angemessener Frist beseitigt oder
 - (b) sie gegen eine wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch den Apothekerverband nicht beseitigt.

Die Entscheidung über die Kündigung der Apotheke trifft der Vertragsbeirat im Auftrag der jeweiligen Vertragspartner. Der Apotheke ist vor der Kündigung die Gelegenheit zu geben, Stellung zu nehmen. Die Kündigung wird vom zuständigen Apothekerverband vollzogen.

- (7) Mit Beendigung der Teilnahme der Apotheke wird deren Zugriff auf den IT-gestützten Medikationsplan deaktiviert.

§ 17 Aufgaben und Inhalte der Leistungen der Apotheke

- (1) Die Apotheke verpflichtet sich, in den einzelnen Stufen des Modellvorhabens die Bedingungen des Vertrages einzuhalten und zu erfüllen; insbesondere folgende Leistungen zu erbringen:
 - (a) Stufe 1: Wirkstoffverordnung nach Maßgabe der Anlage 9 und Information des Versicherten zum Thema Wirkstoffverordnung statt Fertigarzneimittel,
 - (b) Stufe 2: Medikationskatalog nach Maßgabe der Anlage 10 und Information des Versicherten zu diesem,
 - (c) Stufe 3: Medikationsmanagement nach Maßgabe der Anlage 11:
 - Information der Versicherten über das Modellvorhaben und dessen Regelungen sowie Unterstützung der Einschreibung der für die Teilnahme geeigneten Versicherten ins Modellvorhaben gemäß § 4 dieses Vertrages und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung an die AOK PLUS soweit sie zweitunterschreibende Leistungserbringerin ist.
 - Kooperation mit dem vom Versicherten ausgewählten Arzt mit der Folge der Bildung eines betreuenden Arzt-Apotheken-Paares.
 - Umsetzung der Leistungsinhalte des Medikationsmanagements gemäß Anlage 11 für die jeweiligen Versicherten.
- (2) Die teilnehmende Apotheke erklärt sich bereit, an einer Evaluation teilzunehmen, soweit die Arbeitsabläufe im Apothekenbetrieb nicht wesentlich beeinträchtigt werden. Eine darüber hinausgehende Beteiligung an einer Evaluation bedarf einer gesonderten Vereinbarung. Das Nähere bestimmt der Vertragsbeirat nach § 22.
- (3) Die Apotheke verpflichtet sich zur Teilnahme an einer Informationsveranstaltung oder, sofern dies gemäß § 20 Absatz 3 angeboten wird, Online-Fortbildung zum Modellvorhaben gemäß § 20 Absatz 3. Die Teilnahme der Apotheken ist gegenüber dem zuständigen Apothekerverband nachzuweisen.

§ 18 Vergütung und Abrechnung für Apotheken

Die Vergütung und Abrechnung der vertraglichen Leistungen erfolgt gemäß Anlagen 4b und 8b.

Abschnitt V – Aufgaben der Vertragspartner

§ 19 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

- (1) Die KVS und die KVT publizieren das Vorhaben in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen. Sie informieren und beraten die Ärzte umfassend über die Vertragsinhalte und die Teilnahmevoraussetzungen. Entsprechendes gilt bei Änderungen des Vertrages und/oder einer Anlage.
- (2) Die KVS und die KVT setzen sich mit Unterstützung der AOK PLUS dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von Ärzten der jeweiligen Versorgungsregion an diesem Vertrag mitwirkt, um eine Versorgung der Versicherten nach den Regeln des Vertrages zu gewährleisten.
- (3) Die KVS und die KVT informieren jeweils ihre Mitglieder in Auftaktveranstaltungen über die Inhalte dieses Vertrages und über die Inhalte der Stufe 3 zusammen mit dem jeweiligem Landesapothekerverband und der AOK PLUS. Alternativ können von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmte Online-Fortbildungen zu den Inhalten des Modellvorhabens für Schulungszwecke angeboten werden.
- (4) Die KVS und die KVT prüfen die Teilnahmeerklärungen der jeweiligen Ärzte und informieren diese in der Regel innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der vollständigen Nachweise über das Ergebnis.
- (5) Die KVS und die KVT führen jeweils ein elektronisches Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte ihrer Region gemäß Anlage 4a, welches der AOK PLUS wöchentlich aktualisiert in elektronischer Form zur Verfügung gestellt wird (Teilnahmeverzeichnis Ärzte).
- (6) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der AOK PLUS erfolgt durch die zuständige KV.

- (7) Die KVS und die KVT nehmen die Daten zum Monitoring des Modellvorhabens gemäß § 21 Absatz 13 an. Mit der Auswertung können sie einen Dritten beauftragen.

§ 20 Aufgaben der Apothekerverbände

- (1) Der SAV und der ThAV informieren jeweils die teilnehmenden Apotheken umfassend über die Vertragsinhalte und die Teilnahmevoraussetzungen und publizieren das Vorhaben in geeigneten Medien. Entsprechendes gilt bei Änderungen des Vertrages und/oder einer Anlage.
- (2) Der SAV und der ThAV setzen sich mit Unterstützung der AOK PLUS dafür ein, dass eine ausreichende Zahl von Apotheken der jeweiligen Versorgungsregion an diesem Vertrag mitwirkt, um eine Versorgung der Versicherten nach den Regeln des Vertrages zu gewährleisten.
- (3) Der SAV und der ThAV informieren ihre Mitglieder in Auftaktveranstaltungen über die Inhalte dieses Vertrages und über die Inhalte der Stufe 3 zusammen mit der zuständigen KV und der AOK PLUS. Die Erfassung des Nachweises über die Teilnahme der Apotheke obliegt dem zuständigen Apothekerverband. Alternativ können von den Apothekerverbänden bestimmte Online-Fortbildungen zu den Inhalten des Modellvorhabens für Schulungszwecke angeboten werden.
- (4) Der SAV und der ThAV prüfen die Teilnahmeerklärungen der Apotheken auf Vollständigkeit und Plausibilität gemäß § 15 Absatz 1 des Vertrages und informieren diese über das Ergebnis.
- (5) Der SAV und der ThAV führen jeweils ein elektronisches Verzeichnis über die teilnehmenden Apotheken gemäß Anlage 4b.
- (6) Der SAV und der ThAV nehmen die Daten zum Monitoring des Modellvorhabens gemäß § 21 Absatz 13 an. Mit der Auswertung können sie einen Dritten beauftragen.

§ 21 Aufgaben der AOK PLUS

- (1) Die AOK PLUS informiert ihre Versicherten über diesen Vertrag, insbesondere über dessen Ziele, Teilnahmebedingungen und über die teilnehmenden Ärzte und Apotheken.
- (2) Die AOK PLUS versendet an die teilnehmenden Ärzte und Apotheken rechtzeitig vor dem Start der Stufe 3 ein Teilnahmepaket mit den notwendigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten in diesen Vertrag.
- (3) Die AOK PLUS prüft die Teilnahmeberechtigung und die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und teilt das Ergebnis dem Versicherten mit.
- (4) Die AOK PLUS informiert die teilnehmenden Ärzte und Apotheken regelmäßig zu den von ihnen betreuten Versicherten in geeigneter Weise (vorzugsweise in elektronischer Form).
- (5) Die AOK PLUS übermittelt einmal im Quartal bis spätestens zum Ende des auf das Leistungsquartal folgenden Monats zur Abrechnungsprüfung ein ARMIN-Versichertenverzeichnis mit Zuordnung der Versicherten zu den jeweils gewählten Ärzten in elektronischer Form an die zuständige KV. Die Einzelheiten dazu und die datenverarbeitungstechnische Umsetzung sind in Anlage 4a geregelt.
- (6) Im Falle der Beendigung der Teilnahme eines Arztes und/oder einer Apotheke an diesem Vertrag unterrichtet die AOK PLUS die betroffenen Versicherten der Stufe 3 hierüber. In dem Zusammenhang werden dem Versicherten weitere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte und/oder Apotheken in räumlicher Nähe benannt.
- (7) Im Falle der Beendigung der Teilnahme eines Arztes und/oder einer Apotheke an diesem Vertrag unterrichtet die AOK PLUS den jeweils anderen für die Betreuung des Versicherten verantwortlichen Leistungserbringer.
- (8) Die AOK PLUS verpflichtet sich, die jeweils aktuellen Informationen zu den Inhalten der Stufen 1, 2 und 3 unter Nutzung der Anwendungsspezifikation für die IT-Vertragsschnittstelle den PVS-Herstellern zur Verfügung zu stellen. Die Inhalte der vertraglich vereinbarten Schnittstelle (Wirkstoffverordnungszeilen, wirkstoffbezogene Hinweise zum Medikationskatalog) sind der KVS und der KVT sowie den Apothekerverbänden regelmäßig nachrichtlich durch die AOK PLUS zu übermitteln. Die AOK PLUS informiert die Vertragspartner in Veranstaltungen über die Umsetzung der Anwendungsspezifikation für die IT-Vertragsschnittstelle. Die AOK PLUS verpflichtet sich, die nach

diesem Vertrag vereinbarten und erbrachten Leistungen zu vergüten. Das Nähere regeln die Anlagen 8a und 8b.

- (9) Für abgegebene Arzneimittel im Rahmen der Wirkstoffverordnung und bei abgerechneten Leistungen im Rahmen des Medikationsmanagements besteht im Falle einer Abrechnungsberichtigung der AOK PLUS wegen Fehler, die auf nicht umsetzbare oder nicht ausreichend konkrete Regelungen dieses Vertrages zurückzuführen und nicht vom Arzt/Apotheke zu vertreten sind, eine Friedenspflicht. Die Vertragspartner verpflichten sich, den Vertragsbeirat hierüber zu informieren und eine Entscheidung herbeizuführen.
- (10) Verordnungen von Arzneimitteln, für die der Arzt einem Vertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V beigetreten ist (siehe § 1 Absatz 5 dieses Vertrages), sind nicht Gegenstand einer Prüfung nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Punkt 1 SGB V. Die AOK PLUS verpflichtet sich, den Prüfungsstellen die notwendigen Angaben insbesondere die Arzneimittelkennzeichen, die teilnehmenden Ärzte und die Daten über die abgerechneten Verordnungen mit Arzneimitteln, die von Verträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V erfasst sind, zu übermitteln. Für Begleit Zwecke werden der zuständigen KV die Informationen nach Satz 2 unmittelbar nach Vorliegen dieser Daten übermittelt.
- (11) Die AOK PLUS verpflichtet sich, eine Vereinbarung nach § 84 Absatz 1 Satz 5 SGB V nach dem Muster aus Anlage 7 mit der zuständigen KV jährlich während der Laufzeit des Modellvorhabens abzuschließen. Für am Modellvorhaben teilnehmende Ärzte haben die Regelungen des § 21 Absatz 10 in Bezug auf Arzneimittel, für die ein Vertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V besteht, Vorrang.
- (12) Bei Wirkstoffverordnungen von generikafähigen Arzneimitteln mit Wirkstoffen der Anlage 9, zu denen keine Verträge nach § 130a Absatz 8 SGB V zum Zeitpunkt der Abgabe vorliegen, gilt bei im Modellvorhaben eingeschriebenen Ärzten über die Regelungen aus Anlage 7 hinaus die positive Differenz zwischen dem Bruttopreis des abgegebenen Arzneimittels und dem Bruttopreis des preisgünstigsten austauschbaren Generikums als Praxisbesonderheit. Die AOK PLUS informiert die jeweilige Prüfungsstelle entsprechend. Für Begleit Zwecke werden der zuständigen KV die arztbezogenen Entlastungsbeträge übermittelt.
- (13) Die AOK PLUS verpflichtet sich, den Vertragspartner regelmäßig Daten für ein Monitoring des Modellvorhabens zur Verfügung zu stellen. Das Nähere regelt der Vertragsbeirat.

Abschnitt VI – Vertragsbeirat

§ 22 Vertragsbeirat

- (1) Zum Zweck der Begleitung und Weiterentwicklung dieses Vertrages bilden die Vertragspartner einen Vertragsbeirat. Der Vertragsbeirat setzt sich aus Vertretern der AOK PLUS, der KVS, der KVT, des SAV und des ThAV zusammen. Jeder Vertragspartner hat eine Stimme. Der Vertragsbeirat konstituiert sich spätestens 3 Monate nach Inkrafttreten des Vertrages, organisiert von der AOK PLUS.
- (2) Zu den Aufgaben des Vertragsbeirates gehören insbesondere:
 - (a) Vorschläge an die Vertragspartner zur Begleitung und Weiterentwicklung des Vertrages,
 - (b) Festlegung des Evaluationskonzeptes,
 - (c) Durchführung des § 11 Absatz 6, des § 16 Absatz 6 und von Vertragsverletzungsverfahren nach § 23,
 - (d) Klärung von Auslegungsfragen bzw. Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragspartnern und/oder Leistungserbringern und Fragen der praktischen Umsetzung dieses Vertrages,
 - (e) Abstimmung über den Einsatz neuer Anwendungsspezifikationen der IT-Vertragsschnittstelle,
 - (f) Überprüfung der dem Vertrag zu Grunde liegenden Annahmen, insbesondere zu Zeitaufwand des Medikationsmanagements, der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten und des Vergütungsvolumens.
- (3) Die Vertragspartner benennen jeweils Sachverständige im Rahmen von Arbeitsgruppen, insbesondere zur Fortentwicklung der Anlagen zur Wirkstoffverordnung, zum Medikationskatalog und zum Medikationsmanagement. Die Federführung der Arbeitsgruppe zur Wirkstoffverordnung und zum Medikationsmanagement obliegt den Apothekerverbänden bzw. deren benannter Sachverständiger, die Federfüh-

rung zum Medikationskatalog obliegt den KVen bzw. deren benannter Sachverständiger. Die Federführung für die Arbeitsgruppe Öffentlichkeitsarbeit obliegt der KVS.

- (4) Entscheidungen des Vertragsbeirates werden einstimmig getroffen. Sie können auch auf dem Schriftweg herbeigeführt werden. Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Vertragsbeirat binnen eines Monats einzuberufen.
- (5) Der Vertragsbeirat kann sich eine Geschäftsordnung geben.
- (6) Die Aufwendungen für die Vertreter im Vertragsbeirat trägt der entsendende Vertragspartner selbst.

§ 23 Vertragsverletzungen

- (1) Verstößt der am Vertrag teilnehmende Arzt oder die am Vertrag teilnehmende Apotheke gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, können die Vertragspartner der jeweiligen Versorgungsregion gemeinsam folgende Maßnahmen veranlassen:
 - (a) schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - (b) befristeter Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung,
 - (c) Ausschluss eines Leistungserbringers von diesem Vertrag.

Die Umsetzung der Maßnahmen gegenüber dem teilnehmenden Arzt erfolgt durch die für die Versorgungsregion zuständige KV, die Umsetzung gegenüber der teilnehmenden Apotheke durch den für die Versorgungsregion zuständigen Apothekerverband jeweils im Auftrag der Vertragspartner.

- (2) Dem Arzt und dem Apotheker sind vor Veranlassen der Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.
- (3) Abweichend von § 22 Absatz 1 ist der Vertragsbeirat bei Entscheidungen bilateral mit einem Vertreter der AOK PLUS und dem regional zuständigen Vertreter des Leistungserbringers zu besetzen.

§ 24 Weiterentwicklung des Modellvorhabens

- (1) Die Beitrittsmöglichkeit zum Modellvorhaben nach § 63 SGB V für weitere gesetzliche Krankenkassen besteht frühestens ab dem 01.01.2017 und wird gesondert vertraglich geregelt.
- (2) Die Vertragspartner verständigen sich zu einem späteren Zeitpunkt über die Bedingungen der Öffnung dieses Vertrages in einen Vertrag nach § 64a SGB V.

Abschnitt VII – Sonstige Vertragsgegenstände

§ 25 Gewährleistung und Haftung

- (1) Die medizinische Verantwortung verbleibt beim jeweils behandelnden Arzt. Die Apotheke trägt die pharmazeutische Verantwortung. Arzt und Apotheker erbringen ihre Leistungen jeweils nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung, der Regelungen des SGB V und dieses Vertrages in eigener Verantwortung unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen.
- (2) Die teilnehmenden Leistungserbringer haften untereinander nicht für das Handeln der jeweils anderen teilnehmenden Leistungserbringer, insbesondere sind sie keine Gesamtschuldner im Verhältnis untereinander, es sei denn, dies ergibt sich nach den vertraglichen oder gesetzlichen Regelungen im Einzelfall, z.B. bei gemeinschaftlicher Verantwortlichkeit.
- (3) Die Vertragspartner haften nicht für das Handeln der an dem Modellvorhaben teilnehmenden Ärzte und teilnehmenden Apotheken. Organisationsverschulden bzw. Pflichtverletzungen bleiben hiervon unberührt.
- (4) Die KVT, die KVS, der SAV und der ThAV haften gegenüber der AOK PLUS nicht für den wirtschaftlichen Erfolg des Vertrages in Form von Einsparungen der AOK PLUS als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe der IT-Vertragsschnittstelle.
- (5) Die AOK PLUS haftet gegenüber der KVT, der KVS, dem SAV und dem ThAV im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages dafür, dass ausschließlich von ihr zur Aufnahme in die IT-Vertragsschnittstelle zur Verfügung gestellte Inhalte richtig, vollständig und aktuell sind. Dies gilt ins-

besondere auch im Hinblick auf § 73 Absatz 8 SGB V für Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung mit Hilfe der IT-Vertragsschnittstelle haben. Diese Haftung gilt nicht für Inhalte, die mit den Vertragspartnern erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden.

- (6) Im Rahmen des nach diesem Vertrag begründeten Betreuungsverhältnisses ist die Haftung der Versicherten auf Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit beschränkt. Die AOK PLUS hat nicht für das Verhalten der Versicherten einzustehen.

§ 26 Datenschutz

- (1) Es gelten die datenschutzrechtlichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- (2) Die Erfassung der Gesamtmedikation eines Versicherten unter Abgleich der – dem jeweiligen Arzt, der jeweiligen Apotheke und der AOK PLUS – dazu vorliegenden Informationen sowie der Patientenangaben erfolgt unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen. Datenschutzrechtliche Voraussetzung zur Erstellung des Medikationsplanes ist die Einverständniserklärung des Versicherten ab der Stufe 3.
- (3) Die für die vertragliche Umsetzung der Stufe 3 des Modellvorhabens zur Anwendung kommenden Anwendungsspezifikationen und Funktionalitäten sind vor ihrem Einsatz von einem unabhängigen Sachverständigen auf Datenschutzkonformität zu prüfen.
- (4) Voraussetzung für den Start der Stufe 3 ist dabei die Bestätigung des Sachverständigen, wobei durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen ist, dass nur der betreuende Arzt und die betreuende Apotheke Zugriff auf die auf dem Medikationsplanserver gespeicherten Medikationsdaten haben und die Prozesse so ausgestaltet sind, dass Transaktionen zwischen dem Praxisverwaltungssystem des Arztes bzw. dem Apothekenverwaltungssystem der Apotheke und dem Medikationsplanserver ausschließlich nach jeweils aktiver Bestätigung durch den betreffenden Leistungserbringer erfolgen dürfen. Die AOK PLUS ist lediglich berechtigt – für die in Stufe 3 eingeschriebenen Versicherten nach § 300 SGB V – die vorliegenden Arzneimittelabrechnungsdaten der jeweils letzten sechs Monate auf den Medikationsplanserver hochzuladen.
- (5) Der Patient erhält auf Verlangen vom betreuenden Arzt und von der betreuenden Apotheke anstelle der AOK PLUS Auskunft gemäß § 34 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) zu den über ihn im elektronischen Medikationsplan personenbezogenen gespeicherten Daten. Arzt und Apotheker sind in ihren Zuständigkeitsbereichen verantwortlich, sorgsam und zweckgebunden mit den Daten der teilnehmenden Versicherten zur Gesamtmedikation, einschließlich der Selbstmedikation, gemäß den Aufgaben des Medikationsmanagements nach Anlage 11 umzugehen.

§ 27 Evaluation

- (1) Begleitend zum Modellvorhaben erfolgt eine externe Evaluation zu den Vertragszielen. Die Inhalte der Evaluation werden im Vertragsbeirat gemeinsam unter dem fachlichen Mitberatungsrecht mit Vertretern der ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erarbeitet.
- (2) Die Auswahl des Evaluators erfolgt durch die AOK PLUS im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens. Die Kosten der Evaluation werden zu gleichen Teilen von der AOK PLUS, der KVS und der KVT getragen.
- (3) Eine gemeinsame wissenschaftliche Publikation der Evaluationsergebnisse wird zusammen mit dem Evaluator angestrebt. Kommt eine gemeinsame Publikation nicht zu Stande, erkennen die Vertragspartner das eigene Recht des Evaluators zur Veröffentlichung der Ergebnisse nach den jeweiligen wissenschaftlichen Standards an. Begründete Einwände der Vertragspartner zu diesen Veröffentlichungen sind im Rahmen des Zumutbaren zu berücksichtigen.

§ 28 Öffentlichkeitsarbeit

Der Start des Modellvorhabens wird von den Vertragspartnern gemeinsam öffentlichkeitswirksam kommuniziert. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen. Deren Umsetzung obliegt der jeweiligen Institution für ihre Versicherten bzw. Mitglieder.

§ 29 Vertragsänderungen und Formvorschriften

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die anhand der Durchführung des Vertrages gewonnenen Erkenntnisse zu Änderungen des Vertrages bzw. seiner Anlagen führen können. Die Vertragspartner sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag auch mit Wirkung für die Ärzte und Apotheken nach Maßgabe der folgenden Absätze zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung des Modellvorhabens in diesem Vertrag erfordert.
- (2) Vertragsänderungen können unabhängig von den vereinbarten Kündigungsfristen einvernehmlich vereinbart werden. Der Vertrag bleibt durch die Änderung von Anlagen im Übrigen unberührt.
- (3) Die Vertragspartner werden Änderungen jeweils im Rahmen ihrer Zuständigkeit den teilnehmenden Ärzten und/oder Apotheken in geeigneter Form bekannt geben und eine Frist von 4 Wochen ab Bekanntgabe der Änderungen einräumen, innerhalb derer die Ärzte und/oder Apotheken über die Fortführung des Vertrages und die Ausübung ihres Sonderkündigungsrechts entscheiden können, wenn sich die Änderungen nachteilig auf ihre jeweilige Rechtsposition auswirken.
- (4) Der Vertrag kann jeweils nur in der aktuell geänderten Fassung fortgeführt werden. Diese tritt an die Stelle der bisherigen Fassung und ersetzt diese.
- (5) Bei vorzeitiger Kündigung eines Vertragspartners endet das Modellvorhaben in diesem jeweiligen Bundesland, ohne dass dies Auswirkungen auf das andere Bundesland hat.
- (6) Nebenabreden, Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form nach § 126a BGB bzw. § 127 Absatz 3 BGB wahren die Schriftform nicht.

§ 30 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt zum 01.04.2014 in Kraft und endet am 31.12.2018.
 - (a) Die Einschreibung der Leistungserbringer beginnt zum 01.04.2014. Die Stufen 1 und 2 des Modellvorhabens in Verbindung mit den Anlagen 9 und 10 treten zum 01.07.2014 in Kraft.
 - (b) Die Einschreibung der Versicherten ist ab dem Inkrafttreten der Stufe 3 des Modellvorhabens zulässig. Die Vertragspartner stellen gemeinsam und einheitlich fest, wann die Voraussetzungen für den Beginn der Stufe 3 erfüllt sind. Die Stufe 3 tritt am 01.07.2016 in Kraft.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich, spätestens 6 Monate vor Ablauf der Vertragslaufzeit in Verhandlungen über eine Fortführung des Vertrages einzutreten. Dazu erarbeitet der Vertragsbeirat einen Vorschlag. 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.
- (3) Eine ordentliche Kündigung durch einen Vertragspartner ist schriftlich mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres möglich, frühestens zum 31.12.2016.
- (4) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist jederzeit, jedoch nur aus wichtigem Grund möglich. Wichtige Gründe können insbesondere sein:
 - (a) wenn die Leistungen, die Gegenstand dieses Vertrages sind, in erheblichem Umfang und nicht nur von einzelnen teilnehmenden Ärzten und Apotheken mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vertragszweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird,
 - (b) wenn zum wiederholten Mal gegen die Inhalte dieses Vertrages verstoßen wird oder
 - (c) wenn aufsichtsrechtliche, gerichtliche oder gesetzliche Maßnahmen dem Vertrag die Grundlage entziehen.

- (5) Jede Kündigung bedarf der Schriftform. E-Mail sowie die elektronische Form nach §126a BGB bzw. § 127 Absatz 3 BGB wahren die Schriftform nicht.
- (6) 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.

§31 Weitere Regelungen

- (1) Die Regelungen dieses Vertrages ergänzen die Rechte und Pflichten des von den Regelungen der GKV geprägten Behandlungsverhältnisses zwischen Arzt, Apotheker und Versicherten. Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen werden, gelten die gesetzlichen Regelungen, insbesondere des SGB V (vgl. §§ 69 und 76 Absatz 4 SGB V).
- (2) Die grundlegenden Prinzipien und Regelungen des gemeinsamen Eckpunktepapiers vom 30.01.2013 bilden – soweit nichts Abweichendes geregelt wurde – die verbindliche Basis dieses Vertrages.

§ 32 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 der vorstehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen. Die Vertragspartner werden sich gemeinsam bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

Dresden, Weimar, Leipzig, Erfurt, den 27.03.2014

25.10.2014 (1. Nachtrag, gültig ab 01.07.2014)

27.05.2015 (2. Nachtrag, gültig ab 01.01.2015)

16.11.2015 (3. Nachtrag, gültig ab 01.07.2015)

11.05.2016 (4. Nachtrag, gültig ab 01.01.2016)

11.09.2017 (5. Nachtrag, gültig ab 01.01.2017)

AOK PLUS

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

Sächsischer Apothekerverbande. V.

Thüringer Apothekerverband e. V.