

**Rahmenvertrag zur Umsetzung von
digital gestützten Versorgungsanwendungen
als Modellvorhaben nach § 64 SGB V**

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes,
Frau Dr. med. Annette Rommel,
- im Folgenden „KVT“ genannt -

und der

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand, dieser hier vertreten durch
den Vorsitzenden des Vorstandes Herrn Rainer Striebel
Sternplatz 7, 01067 Dresden
- im Folgenden „AOK PLUS“ genannt -

(im Folgenden „Vertragspartner“ genannt)

mit Wirkung ab dem 01.07.2019

Lesefassung inkl.

1. Nachtrag, gültig ab 01.04.2020
2. Nachtrag, gültig ab 01.07.2020
3. Nachtrag, gültig ab 01.01.2021
4. Nachtrag, gültig ab 01.07.2021
5. Nachtrag, gültig ab 01.01.2022
6. Nachtrag, gültig ab 01.04.2022

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Regelungen und Begriffserklärungen	3
§ 2 Ziele und Gegenstand des Rahmenvertrages	4
§ 3 Geltungsbereich.....	4
§ 4 Teilnahme an bzw. Nutzung von Versorgungsmodulen durch die Versicherten	4
§ 5 Teilnahme an bzw. Nutzung von Versorgungsmodulen durch die Vertragsärzte	5
§ 6 Abrechnung und Vergütung zwischen dem Vertragsarzt und der KVT	6
§ 7 Abrechnung und Vergütung zwischen der KVT und der AOK PLUS	6
§ 8 Aufgaben der KVT	7
§ 9 Aufgaben der AOK PLUS.....	7
§ 10 Beteiligung anderer Leistungserbringer.....	7
§ 11 Vertragsbeirat	8
§ 12 Evaluation	8
§ 13 Datenschutz.....	8
§ 14 Öffentlichkeitsarbeit.....	9
§ 15 Schriftform	9
§ 16 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung.....	9
§ 17 Sonstige Bestimmungen	10

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Versorgungsmodul „Impfpass“ (beendet zum 31.12.2022)
Anlage 2	Versorgungsmodul „TeleDoc PLUS“
Anlage 3	Versorgungsmodul „Qualitätsmanagement“ (eArztbrief beendet zum 31.12.2022)
Anlage 4	Versorgungsmodul „Schnelltest PLUS“
Anlage 5	Versorgungsmodul „eKonsil PLUS“

Präambel

Der demografische Wandel, mit der Folge einer immer älter werdenden Bevölkerung, beeinflusst die Gesellschaft in vielfältiger Weise. Insbesondere im Gesundheitswesen besteht die große Herausforderung, den Einsatz der Ressource Arzt wirtschaftlich, unbürokratisch und zukunftssicher zu gestalten. Dabei gewinnt die Implementierung digitaler Technologien im Gesundheitswesen, mit dem Ziel, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, zunehmend an Bedeutung. Der Gesetzgeber hat im Rahmen von Modellvorhaben die Voraussetzungen geschaffen, insbesondere Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung weiterzuentwickeln.

Mit Blick auf einen vereinfachten und wirtschaftlichen Verwaltungsaufwand haben sich die Vertragspartner dieses Rahmenvertrages darauf verständigt, einen vertraglichen Rahmen für die modulare Anbindung von Versorgungsangeboten mit digitaler Unterstützung zu schaffen. Auf dieser Basis sollen mit geringem zeitlichen Aufwand digitale Versorgungsangebote in der vertragsärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen erprobt, implementiert und Erkenntnisse beim Einsatz dieser Angebote gewonnen werden. Unter Beachtung der Evaluationsergebnisse der einzelnen Versorgungsmodule ist das langfristige Ziel der Vertragspartner, den digitalen Fortschritt in die Regelversorgung zu überführen und den Übergang zur digitalen Kommunikation (§ 67 SGB V) zu unterstützen.

§ 1

Regelungen und Begriffserklärungen

Die nachfolgenden Regelungen und Begriffserklärungen gelten sowohl für den Rahmenvertrag als auch für alle Versorgungsmodule. Darüber hinaus können in den einzelnen Versorgungsmodulen zusätzliche Regelungen bzw. Begrifflichkeiten individuell und themenbezogen aufgenommen werden.

- (a) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit stehen **personenbezogene Bezeichnungen** verallgemeinernd im Maskulinum. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten jedoch gleichwohl für jedes Geschlecht.
- (b) Der **Rahmenvertrag** umfasst alle allgemein gültigen Regelungen zur Umsetzung der einzelnen digitalen Versorgungsmodule. Soweit in den einzelnen Versorgungsmodulen nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart wird, sind die Regelungen des Rahmenvertrages anzuwenden.
- (c) In einzelnen **Versorgungsmodulen** werden als Anlagen zu diesem Rahmenvertrag die Leistungen und Regelungen der jeweiligen Versorgungsangebote als individuelle Modellvorhaben beschrieben.
- (d) **Vertragsarzt** bzw. Vertragsärzte bezeichnet alle Ärzte, die die Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1 erfüllen.
- (e) **Vertragsarztpraxis** meint alle Organisationsformen in Form von Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Praxisgemeinschaften (PG), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Einrichtungen gemäß §§ 105 Absatz 1c oder 5 bzw. 400 Absatz 2 SGB V.
- (f) **Onlineportal** (OP) meint das von der AOK PLUS den Versicherten mit sicherem Identifizierungsverfahren zur Verfügung gestellte Webportal, in dem verschiedene Online-Angebote der AOK PLUS genutzt werden können.
- (g) Eine **Teilnahme** der Vertragsärzte und Versicherten meint gleichfalls die Nutzung der Leistungen der einzelnen Versorgungsmodule, auch wenn dafür keine Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung notwendig ist.

§ 2

Ziele und Gegenstand des Rahmenvertrages

- (1) Ziel des Rahmenvertrages ist die langfristige Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen durch den Einsatz digitaler Technologien. Insbesondere die Kommunikation sowie der Daten- und Informationsfluss unter den Leistungserbringern, zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Verhältnis von Krankenkassen und Leistungserbringern zu den Versicherten soll durch vernetzte digitale Anwendungen und Dienste ausgebaut und erprobt werden.
- (2) Dieser Rahmenvertrag bildet den allgemeinen rechtlichen Rahmen für die einzelnen Versorgungsmodule, die Nutzung bzw. Teilnahme der Versicherten und Vertragsärzte an den Angeboten sowie deren Umsetzung. Die besonderen Inhalte und Bedingungen der einzelnen Versorgungsangebote bestimmen sich nach den Regelungen des jeweiligen Versorgungsmoduls. Darin können insbesondere spezielle Regelungen zur Nutzung und Teilnahme, zu ggf. erforderlichen Einwilligungen sowie zu Nutzungs- und Teilnahmevoraussetzungen getroffen werden.

§ 3

Geltungsbereich

- (1) Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Rahmenvertrages ist der Freistaat Thüringen. Der Rahmenvertrag gilt für alle im Bereich der KVT zugelassenen, ermächtigten, in einer Praxis angestellten, als Vertretung nach § 32b Absatz 6 Ärzte-ZV bzw. in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätigen Ärzte bzw. Psychotherapeuten sowie für ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß §§ 105 Absatz 1c oder 5 bzw. 400 Absatz 2 SGB V, sofern sie die Voraussetzungen gemäß § 5 Absatz 1 erfüllen.
- (2) Der Rahmenvertrag gilt für alle Versicherten der AOK PLUS, unabhängig vom Wohnort (nachfolgend Versicherte genannt).

§ 4

Teilnahme an bzw. Nutzung von Versorgungsmodulen durch die Versicherten

- (1) Die Teilnahme an den einzelnen Versorgungsmodulen durch einen Versicherten ist freiwillig. Die grundsätzliche Berechtigung zur Teilnahme erfolgt durch die Inanspruchnahme des jeweiligen Versorgungsmoduls im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Bei einer freiwilligen Teilnahme ist zu gewährleisten, dass der Versicherte über das jeweilige Versorgungsmodul, dessen Inhalte, die damit verbundenen Folgen und die ggf. dafür erforderlichen weiteren Einwilligungen vor dessen Inanspruchnahme oder Umsetzung informiert und aufgeklärt wird. Die Aufklärung und Entscheidung des Versicherten ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Für den Fall, dass Versorgungsmodule weder Rechte noch Interessen des Versicherten betreffen, sind diesbezügliche Ausnahmen ausdrücklich in den Versorgungsmodulen zu vereinbaren.
- (2) Die weiteren Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten sind in den jeweiligen Versorgungsmodulen geregelt.
- (3) Die Versicherten haben keinen Anspruch darauf, dass der jeweils behandelnde Vertragsarzt an den Versorgungsmodulen dieses Rahmenvertrages teilnimmt und diese den Versicherten anbietet.

- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet automatisch:
- mit dem Ende seiner Mitgliedschaft bzw. seines Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS bzw. mit dem Ende seines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V oder
 - mit Beendigung dieses Rahmenvertrages.
- (5) Sind in den jeweiligen Versorgungsmodulen keine anderen Regelungen vereinbart, endet die Teilnahme des Versicherten, unabhängig aus welchem Grund, mit dem Ende der Teilnahme des Vertragsarztes.

§ 5

Teilnahme an bzw. Nutzung von Versorgungsmodulen durch die Vertragsärzte

- (1) Die Teilnahme an den einzelnen Versorgungsmodulen durch die Vertragsärzte ist freiwillig. Die grundsätzliche Berechtigung zur Teilnahme ergibt sich aus § 3 Absatz 1. Mit seiner freiwilligen Teilnahme stimmt der Vertragsarzt den Inhalten, Nutzungsbedingungen, Rechten und Pflichten und den damit verbundenen Folgen sowie den ggf. dafür erforderlichen weiteren Einwilligungen im jeweiligen Versorgungsmodul zu.
- (2) Die weiteren Teilnahmevoraussetzungen des Vertragsarztes sind in den jeweiligen Versorgungsmodulen geregelt.
- (3) Der Vertragsarzt erklärt sich bereit, an einer Evaluation (§ 65 SGB V) der jeweiligen Versorgungsmodule teilzunehmen, an denen er mitgewirkt hat, insbesondere für die er Leistungen erbracht hat.
- (4) Die Teilnahme des Vertragsarztes an den Versorgungsmodulen dieses Rahmenvertrages endet automatisch mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit, ohne dass es einer diesbezüglichen schriftlichen Kündigung oder eines Ausschlusses bedarf. Das gilt auch für die Beendigung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die anstellende Arztpraxis oder die anstellende Einrichtung.
- (5) Die Teilnahme des Vertragsarztes endet darüber hinaus automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem der Rahmenvertrag oder das jeweilige Versorgungsmodul, gleich aus welchem Grund, endet.
- (6) Im Übrigen gehen die Vertragspartner davon aus, dass die Beendigung der Teilnahme im Allgemeinen durch die Nichterfüllung der besonderen Teilnahmevoraussetzungen, die Nichterfüllung der Pflichten oder die Einstellung der Teilnahme des jeweiligen Versorgungsmoduls erfolgen kann. Abweichungen hiervon, z. B. zur Erforderlichkeit einer ausdrücklichen Kündigungserklärung oder diesbezügliche Informationspflichten, sind in den jeweiligen Versorgungsmodulen ausdrücklich zu vereinbaren.
- (7) Die Versorgungsmodule können nur in der jeweils aktuellen Ausgestaltung in Anspruch genommen werden. Sollten die Vertragspartner Änderungen dieses Rahmenvertrages bzw. der Versorgungsmodule vornehmen, hat die KVT die Vertragsärzte hierüber in geeigneter Form zu informieren. Ist der Vertragsarzt mit den Änderungen nicht einverstanden, hat er seine Teilnahme unverzüglich zu beenden. Beendet der Vertragsarzt die Teilnahme nicht und führt er das Versorgungsmodul fort, akzeptiert er die Änderungen für seine weitere Teilnahme.

§ 6

Abrechnung und Vergütung zwischen dem Vertragsarzt und der KVT

- (1) Der Vertragsarzt hat nach Maßgabe der einzelnen Versorgungsmodule Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen. Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen des Vertragsarztes.
- (2) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KVT und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen.
- (3) Hinsichtlich der Zahlungstermine gelten die von der KVT veröffentlichten Termine für Restzahlungen. Für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend.
- (4) Die KVT zahlt die Vergütung nach dem jeweils gültigen Gesamtvertrag an die Vertragsärzte aus und erstellt einen Abrechnungsnachweis für die Vertragsärzte. Der Abrechnungsnachweis und die Vergütung nach dem jeweiligen Versorgungsmodul sind im Honorarbescheid enthalten.
- (5) Die KVT ist berechtigt, von der Vergütung der Vertragsärzte eine Verwaltungsgebühr einzubehalten. Die Höhe bestimmt sich nach dem jeweils aktuellen Verwaltungskostensatz der KVT. Mit dieser Verwaltungsgebühr wird der Aufwand der KVT abgegolten, der im Zusammenhang mit der Durchführung des Rahmenvertrages und den Versorgungsmodulen entsteht.
- (6) Eine parallele privatärztliche Abrechnung von Leistungen ist ausgeschlossen.
- (7) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, die letzte Leistungsabrechnung spätestens zu dem für das Folgequartal von der KVT bestimmten Termin zu stellen. Später eingehende Abrechnungen werden nicht vergütet. Weiterhin ist der Vertragsarzt verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen.
- (8) Einwände gegen den Abrechnungsnachweis sind entsprechend der gesetzlichen Vorschriften (§ 84 SGG) innerhalb eines Monats nach Zugang bei der KVT geltend zu machen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, haben die Vertragsärzte das Recht, einen berechtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen. Die sich aus dem berechtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche der Vertragsärzte sind mit der nächsten Abrechnung nach Zugang des berechtigten Abrechnungsnachweises auszugleichen.
- (9) Der Vertragsarzt hat der AOK PLUS Überzahlungen, auf die er keinen Anspruch nach diesem Rahmenvertrag und den Versorgungsmodulen hat, zu erstatten. Sofern daher die KVT Zahlungen geleistet hat, auf die die Vertragsärzte keinen Anspruch haben, ist die KVT berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Abrechnungen dieses Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule abzuziehen.

§ 7

Abrechnung und Vergütung zwischen der KVT und der AOK PLUS

- (1) Die KVT hat gegenüber der AOK PLUS nach Maßgabe dieses Rahmenvertrages und seiner Versorgungsmodule Anspruch auf Auszahlung der dem Vertragsarzt zustehenden Vergütung für die ärztlichen Leistungen, die von der KVT gegenüber der AOK PLUS in Rechnung gestellt wurden. Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen des Vertragsarztes.

- (2) Die KVT prüft die Abrechnung der Vertragsärzte nach Maßgabe der ihr obliegenden gesetzlichen Pflichten und übermittelt die Abrechnungsdaten im Rahmen der quartalsbezogenen Endabrechnung an die AOK PLUS.
- (3) Die Finanzierung der Leistungen erfolgt durch die AOK PLUS außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (4) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen, des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Einzelfallnachweis; Formblatt 3, Kontenart 525) sowie für sachlich-rechnerische Richtigstellungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend.
- (5) Eine Verrechnung der Rückforderungsansprüche der AOK PLUS nach diesem Rahmenvertrag und den Versorgungsmodulen mit Honoraransprüchen der KVT gegenüber der AOK PLUS außerhalb dieses Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule ist ausgeschlossen.
- (6) Ist der Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Anmeldung der Rückforderung durch die AOK PLUS nicht mehr vertragsärztlich zugelassen und eine Verrechnung mit Honoraransprüchen des Vertragsarztes nach diesem Rahmenvertrag und den Versorgungsmodulen nicht mehr möglich, werden die Honoraransprüche gemäß den relevanten gesetzlichen Regelungen und die des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend geltend gemacht.

§ 8 Aufgaben der KVT

- (1) Die KVT übernimmt die Veröffentlichung und Information zu den Zielen, Inhalten, Teilnahmevoraussetzungen sowie über Änderungen des Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule gegenüber den Vertragsärzten.
- (2) Die KVT übernimmt die Abrechnung und Vergütung der Leistungen gegenüber der AOK PLUS und den teilnehmenden Vertragsärzten gemäß der §§ 6 und 7.

§ 9 Aufgaben der AOK PLUS

- (1) Die AOK PLUS informiert ihre Versicherten über die Versorgungsangebote, die auf Basis dieses Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule durchgeführt und finanziert werden, insbesondere über dessen Ziele und Leistungsinhalte.
- (2) Die AOK PLUS stellt die in den Versorgungsmodulen vereinbarte Vergütung gemäß den Regelungen im § 7 bereit.

§ 10 Beteiligung anderer Leistungserbringer

Die Vertragspartner sind sich einig, dass in den einzelnen Versorgungsmodulen die Beteiligung anderer Leistungserbringer sinnvoll sein kann. Die Einzelheiten (Beitritt, Teilnahme, Nutzung) werden in den jeweiligen Versorgungsmodulen bestimmt.

§ 11 Vertragsbeirat

- (1) Zum Zwecke der Begleitung und Weiterentwicklung dieses Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule bilden die Vertragspartner einen Vertragsbeirat. Der Vertragsbeirat setzt sich grundsätzlich aus jeweils zwei Vertretern der KVT und der AOK PLUS zusammen. Der Vertragsbeirat trifft sich auf Antrag eines Vertreters. Die Vertreter des Vertragsbeirates können zur Beratung nicht stimmberechtigte Fachleute hinzuziehen. Die Vertreter können von den sie entsendenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Sämtliche Vertreter haben gleiches Stimmrecht. Die Entscheidungen des Vertragsbeirates werden einvernehmlich getroffen und bedürfen zur vertraglichen Umsetzung (Vertragsänderung) der Zustimmung der Vertragspartner.
- (2) Der Vertragsbeirat hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - Beratungen zur Umsetzung des Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule und zu den Auswirkungen im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Versorgung,
 - Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule,
 - Entscheidung über Maßnahmen bei Abrechnungsauffälligkeiten.
- (3) Die Aufwendungen für die Vertreter im Vertragsbeirat trägt der entsendende Vertragspartner selbst.

§ 12 Evaluation

Die Vertragspartner sind sich einig, begleitend zu den einzelnen Versorgungsmodulen, jeweils die gesetzliche vorgeschriebene Auswertung gemäß § 65 SGB V vorzunehmen und die Berichte zu veröffentlichen. Detaillierte Rahmenbedingungen zur Evaluation, z. B. zeitliche Durchführung, Auswahl des Evaluators, Kostenverteilung zwischen den Vertragspartnern und Kommunikation der Ergebnisse werden in den jeweiligen Versorgungsmodulen vereinbart.

§ 13 Datenschutz

- (1) Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgungsmodule gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen durch die Beteiligten verarbeitet (erhoben, verarbeitet, gespeichert und genutzt). Die Vertragspartner und die teilnehmenden Vertragsärzte sind jeweils für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen sowie zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen. Soweit sich aus den Versorgungsmodulen nicht ausdrücklich etwas anderes ergibt, soll weder eine Auftragsverarbeitung noch eine gemeinsame Datenverarbeitung, sondern eine Datenverarbeitung im Rahmen der Modellvorhaben erfolgen. Eventuelle Abweichungen von gesetzlichen Regelungen sind in den jeweiligen Versorgungsmodulen ausdrücklich zu vereinbaren.
- (2) Den Anforderungen des § 63 Absatz 3a SGB V ist durch entsprechende Regelungen in den jeweiligen Versorgungsmodulen Rechnung zu tragen.

- (3) Die Vertragspartner und teilnehmenden Vertragsärzte stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.

§ 14 Öffentlichkeitsarbeit

Der Start der einzelnen Versorgungsmodule wird von den Vertragspartnern gemeinsam öffentlichkeitswirksam kommuniziert. Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit sind zwischen den Vertragspartnern abzustimmen. Deren Umsetzung obliegt der jeweiligen Institution.

§ 15 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule bedürfen der Schriftform und sind einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Die Vertragspartner vereinbaren, dass E-Mail sowie die elektronische Form nach §§ 126 Absatz 3, 126a Absatz 1 BGB i. V. m. § 36a SGB I die Schriftform nicht wahren.

§ 16 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

- (1) Der Rahmenvertrag tritt zum 01.07.2019 in Kraft.
- (2) Der Rahmenvertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden, erstmalig zum 30.06.2022.
- (3) Die Laufzeit der jeweiligen Versorgungsmodule richtet sich nach den dort getroffenen Vereinbarungen. Die jeweiligen Versorgungsmodule sind Bestandteil dieses Rahmenvertrages und können unabhängig von diesem gekündigt werden. Die Kündigung einzelner Versorgungsmodule berührt die Wirksamkeit des Rahmenvertrages und die Laufzeit der anderen Versorgungsmodule nicht. Die Beendigung dieses Rahmenvertrages beendet im Zweifel alle Versorgungsmodule.
- (4) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, sofern Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen aller Vertragspartner die Fortsetzung des Rahmenvertrages und/oder seiner Versorgungsmodule bis zum Ablauf der Laufzeit und der vereinbarten Kündigungsfristen nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn:
- a) durch gesetzliche Veränderungen oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbaren Maßnahmen ganz oder teilweise untersagt wird. Der durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Vertragspartner ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung Rechtsmittel gegen die Maßnahme einzulegen oder die Rechtskraft der Entscheidung abzuwarten. Eine aufsichtsrechtliche Maßnahme ist einer aufsichtsrechtlichen Beratung gleichgestellt, die dazu führt, dass der Rahmenvertrag und/oder seine Anlagen ganz oder teilweise im Sinne der Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörde angepasst werden müssen.

- b) ein Vertragspartner gegen eine ihm obliegende wesentliche Verpflichtung verstößt und trotz schriftlicher Abmahnung durch den anderen Vertragspartner nicht innerhalb von einem Monat nach deren Zugang seiner Verpflichtung nachkommt.
 - c) im SGB oder auf dessen Grundlage Regelungen getroffen werden, z. B. im BMV-Ä oder im EBM, die Inhalte des Rahmenvertrages bzw. der Versorgungsmodule betreffen.
- (5) Die Kündigung hat schriftlich, im Fall des Absatz 4 unter Angabe des Kündigungsgrundes, zu erfolgen.

§ 17 Sonstige Bestimmungen

- (1) Der gesamte Rahmenvertrag mit den Versorgungsmodulen ist vom partnerschaftlichen, loyalen und vertrauensvollen Zusammenwirken und vom Erfolgswillen der Beteiligten getragen. Die Vertragspartner sind sich darüber bewusst und einig, dass bei Abschluss dieses Rahmenvertrages sowie der Versorgungsmodule nicht alle Umstände und Möglichkeiten, die sich infolge der Erfahrungen bei der Umsetzung, aus dem Stand von Wissenschaft und Technik, aus der künftigen Entwicklung oder aus Änderungen der sonstigen für den Rahmenvertrag sowie die Versorgungsmodule wesentlichen Umständen ergeben können, vorausgesehen und erschöpfend geregelt werden können. Sie stimmen daher überein, alle aufkommenden Probleme und/oder Meinungsverschiedenheiten partnerschaftlich und mit dem Ziel einer erfolgreichen Umsetzung und Fortführung unter Wahrung und Rücksichtnahme der berechtigten Interessen aller Beteiligten zu lösen und den Rahmenvertrag sowie die Versorgungsmodule, wenn nötig, anzupassen.
- (2) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Rahmenvertrages oder der Versorgungsmodule unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, bleibt er im Übrigen wirksam, es sei denn, die unwirksame Bestimmung ist so wesentlich für den Vertragszweck, dass das Festhalten daran eine unzumutbare Härte für eine Vertragspartei darstellen würde.
- (3) In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner anstelle der Vertragslücke oder der unwirksamen oder der undurchführbaren Bestimmung diejenige durchführbare Regelung treffen, deren Wirkungen der Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben.
- (4) Jede Partei kann ihre Rechte und Pflichten aus diesem Rahmenvertrag nur mit der vorherigen, eindeutigen und schriftlichen Zustimmung des anderen Vertragspartners an Dritte übertragen.

Weimar, Dresden, den 15.07.2019

gez. Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS