

7. Nachtrag

zum

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

zwischen der

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

und der/dem

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
- im Folgenden „KVS“ genannt –

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

Sächsischen Apothekerverband e. V.
- im Folgenden „SAV“ genannt -

Thüringer Apothekerverband e. V.
- im Folgenden „ThAV“ genannt -

Die Vertragspartner vereinbaren folgende Anpassungen des Vertrages zum Modellvorhaben:

1. § 1 Absatz 5 wird wie folgt neu gefasst:

„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 § 106b Absatz 4 SGB V in Bezug auf die Generika-Rabattverträge der AOK PLUS nach § 130a Absatz 8 SGB V. Verordnungen der vorgenannten Arzneimittel unterliegen nicht der Richtgrößenprüfung/Gesamtreferenzfallwertprüfung. Im Rahmen der Zielwertprüfung/Zielquotenprüfung werden die Verordnungen der vorgenannten Arzneimittel zugunsten des Arztes berücksichtigt, wenn es sich um Zielsubstanzen/Leitsubstanzen handelt. Das Nähere regelt die Prüfungsvereinbarung/Prüfvereinbarung. Mit dem 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.“

2. § 4 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

„Die Teilnahme der Versicherten der AOK PLUS am Modellvorhaben richtet sich allein nach den Teilnahmebedingungen für Versicherte i. V. m. den Regelungen dieses Vertrages. 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 ein.“

3. § 12 Absatz 2 wird wie folgt geändert:

Buchstabe (e): Streichung des 2. Halbsatzes

Buchstabe (g): Streichung des Satzes 2

Einfügen eines neuen Buchstabens (h):

„Vor Beginn eines bekannten stationären Krankenhausaufenthaltes ist dem Versicherten der Medikationsplan auszuhändigen.“

4. § 21 Absatz 10 wird wie folgt neu gefasst:

„Die AOK PLUS verpflichtet sich zur Umsetzung des § 1 Absatz 5 dieses Vertrages, 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 1 unmittelbar nach Vorliegen dieser Daten übermittelt.“

5. § 21 Absatz 11 wird gestrichen; der Absatz bleibt unbesetzt.

6. § 21 Absatz 12 wird wie folgt neu gefasst:

„Bei Wirkstoffverordnungen gemäß Anlage 9 Absatz 6 Satz 3 ff. gilt bei im Modellvorhaben eingeschriebenen Ärzten die positive Differenz zwischen dem Bruttopreis des abgegebenen Arzneimittels (bis zur Höhe des Festbetrages) und dem Bruttopreis des preisgünstigsten austauschbaren Generikums als Praxisbesonderheit bei der Richtgrößenprüfung/ Gesamtreferenzfallwertprüfung. Die AOK PLUS informiert die jeweilige Prüfungsstelle entsprechend. Für Begleit Zwecke werden der zuständigen KV die arztbezogenen Entlastungsbeträge übermittelt.“

7. Nach § 24 Abs. 3 wird folgender § 24 Absatz 4 neu eingefügt:

„Die Vertragspartner stimmen überein, dass einzelne oder alle Bestandteile der zu Grunde liegenden IT-Infrastruktur und Schnittstellen gemäß Anlage 2 in geeigneter Weise in weiteren und separat vereinbarten Vorhaben bzw. Vereinbarungen für den Zweck der Weiterentwicklung des Modellvorhabens nutzbar gemacht werden können. Die Vertragspartner informieren sich zur Weiterentwicklung gegenseitig.

Die daraus ggf. entstehenden Kosten werden jeweils vom betreffenden Vertragspartner im Rahmen der separaten Vereinbarung bzw. des Vorhabens gesondert geregelt.“

8. § 26 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die für die Vertragspartner, die beteiligten Ärzte bzw. die beteiligten Apotheken jeweiligen einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten, insbesondere der EU-DSGVO, der Sozialgesetzbücher, des Landesdatenschutzgesetzes, des Bundesdatenschutzes und des Behandlungsvertrages, in der jeweils geltenden Fassung, sind auch für die Verarbeitung von Daten im Rahmen dieses Vertrages uneingeschränkt einzuhalten. Der Schutz der personenbezogenen Daten ist sicherzustellen. Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der Schweigepflicht nach den Berufsordnungen, dem Behandlungsvertrag und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die Vertragspartner, die beteiligten Ärzte bzw. die beteiligten Apotheker stellen jeweils sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Verarbeitungs- und Übermittlungsbefugnisse im Übrigen bleiben unberührt.

(2) Personenbezogene Daten im Rahmen dieses Vertrages dürfen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben verarbeitet werden, wenn der Versicherte bzw. der/die dazu berechnigte/n Vertreter durch Unterzeichnung der TE/EWE eingewilligt hat/haben. Datenverarbeitungen und Angaben gemäß den einschlägigen gesetzlichen Vorschriften in der jeweils geltenden Fassung, soweit diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben oder Befugnisse oder zur Umsetzung dieses Vertrages erforderlich sind, bleiben unberührt.

(3) Die Erfassung der Gesamtmedikation eines Versicherten und Erstellung des Medikationsplanes unter Abgleich der – dem jeweiligen Arzt, der jeweiligen Apotheke und der AOK PLUS – dazu vorliegenden Informationen sowie der Patientenangaben der Stufe 3 in der gemeinsamen Dokumentation auf dem Medikationsplanserver sowie der

Abruf dieser Informationen durch den betreuenden Arzt (im Falle der Vertretung dessen berechtigter, mitbehandelnder Arzt aus derselben teilnehmenden Praxis) und die betreuende Apotheke dürfen nur erfolgen, wenn der Versicherte durch Unterzeichnung der TE/EWE seine Einwilligung erteilt hat, und soweit die Daten für die konkret anstehende Betreuungssituation des Versicherten genutzt werden sollen und die betreuenden Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehören, die nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet sind. Die AOK PLUS ist für die in Stufe 3 eingeschriebenen Versicherten nach § 300 SGB V lediglich berechtigt, die vorliegenden Arzneimittelabrechnungsdaten der jeweils letzten sechs Monate auf den Medikationsplanserver hochzuladen.

- (4) Die Vertragspartner bzw. die beteiligten Leistungserbringer haben jeweils in ihrem gesetzlichen bzw. vertraglichen Verantwortungsbereich die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Stands der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Absätze 1 und 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.
- (5) Auf Verlangen haben der betreuende Arzt oder die betreuende Apotheke dem betroffenen Patienten die Auskünfte gemäß den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, insbesondere der Art. 15 EU-DSGVO, der Sozialgesetzbücher und des Bundesdatenschutzes, in der jeweils geltenden Fassung, zu den über ihn im elektronischen Medikationsplan personenbezogenen gespeicherten Daten zu geben. Arzt und Apotheker sind in ihren Verantwortungsbereichen insbesondere verantwortlich, sorgsam und zweckgebunden mit den Daten der teilnehmenden Versicherten zur Gesamtmedikation, einschließlich der Selbstmedikation, gemäß den Aufgaben des Medikationsmanagements nach Anlage 11 umzugehen und den Datenschutz sicherzustellen. Im Übrigen richten sich die Auskunftsrechte zu den im Rahmen dieses Vertrages verarbeiteten Daten (z. B. Behandlungsdaten, Abrechnungsdaten etc.) gegenüber dem jeweils Verantwortlichen nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen.
- (6) 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.“

9. Die auf Grund der EU-Datenschutzgrundverordnung überarbeiteten Anlagen 3a (Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt) und 6 (Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte) sind in ihrer ab 25.05.2018 gültigen Fassung beigefügt.

- a) Mit dem Datum der Unterzeichnung des 7. Nachtrages ersetzt die EU-datenschutzkonforme Version vollständig und rechtskräftig die bisherige Fassung.
- b) Für den Zeitraum zwischen dem Inkrafttreten der EU-DSGVO und der Unterzeichnung des 7. Nachtrages behalten bisher eingegangene Teilnahme- und Einwilligungserklärungen ihre Gültigkeit.
- c) Für einen Zeitraum von einem Monat nach Unterzeichnung des 7. Nachtrages gibt es eine Kulanzregelung für die Einreichung von alten Versionen der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen.

10. Die Anlage 4a – Technische Anlage Ärzte ist in ihrer ab 01.01.2020 gültigen Fassung beigefügt.

11. Die Anlage 7 zum Modellvertrag entfällt und bleibt unbesetzt (gemäß Streichung § 21 Absatz 11).

12. Die Anlage 8a wird wie folgt angepasst:

12.1. Abschnitt I.2. Absatz (b) Sätze 1 bis 3 werden wie folgt geändert:

„Als Basiszeitraum wird das jeweilige Vorjahresquartal festgelegt. Die AOK PLUS berechnet jeweils unter Berücksichtigung wesentlicher Änderungen des Medikationskataloges (Hinzutritt/Wegfall einer Indikation) für alle Vertragsärzte getrennt nach KV-Region die durchschnittlichen DDD-Kosten aller in diesem Zeitraum abgegebenen katalogbezogenen Arzneimittelpackungen auf Basis des gesetzlichen Netto (also abzüglich gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen) für den Basiszeitraum. Von den Ärzten nicht beeinflusste DDD-Kostenänderungen sollen bei der Ermittlung der erzielten Einsparungen und Kostensteigerungen nach Möglichkeit unberücksichtigt bleiben.“

12.2. Abschnitt I.2. Absatz (c) Sätze 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

„Die AOK PLUS berechnet quartalsweise für alle teilnehmenden Vertragsärzte getrennt nach KV-Regionen die durchschnittlichen DDD-Kosten je Indikationsgebiet aller im zu überprüfenden Quartal abgegebenen katalogbezogenen Arzneimittelpackungen auf Basis des gesetzlichen Netto (abzüglich gesetzlicher Rabatte und Zuzahlungen) und vergleicht die aktuellen durchschnittlichen DDD-Kosten der ARMIN-Teilnehmer mit den vergleichbaren (d. h. aus einem jeweils identischen Medikationskatalog berechneten) KV-weiten durchschnittlichen DDD-Kosten des Basiszeitraumes nach Absatz (b) in den jeweiligen Indikationsgebieten. Durch Multiplikation der rechnerischen DDD-Kostendifferenz mit dem katalogbezogenen DDD-Volumen des zu überprüfenden Quartals werden Einsparbeträge des jeweiligen Indikationsgebietes je nach KV-Region ermittelt.“

12.3. Abschnitt I.2. Absatz (d) wird wie folgt neu gefasst:

„Die AOK PLUS zahlt 70 von Hundert der gemäß Absatz (c) je KV-Region ermittelten Einsparung an die zuständige KV, mindestens jedoch die Summe der auszahlenden Fixboni 1 und 2, abzüglich der unter Absatz (g) genannten abzusetzenden Beträge als Gesamtsumme mit befreiender Wirkung. Die zuständige KV nimmt die Verteilung auf die teilnehmenden Ärzte gemäß Absatz (e) vor.“

Der teilnehmende Arzt erhält mindestens jedoch 50 EUR als Fixbonus 1, wenn er im zu überprüfenden Quartal

- die in Anlage 10 für diesen Zeitraum bestimmte Zielquote 1 erreicht,
- mindestens 2.000 DDD verordnet hat und
- für die Abrechnung der Verordnungen
 - ab dem 1. Quartal 2018 mindestens 25 von Hundert Wirkstoffverordnungen an allen wirkstoffverordnungsfähigen Arzneistoffen nach Maßgabe der Anlage 9 im jeweiligen Quartal verordnet hat und diese eingelöst wurden.

Der teilnehmende Arzt erhält mindestens jedoch weitere 200 EUR als Fixbonus 2, wenn er im zu überprüfenden Quartal

- die Voraussetzungen für den Fixbonus 1 erfüllt und
- die in Anlage 10 für diesen Zeitraum bestimmte Zielquote 2 erreicht.“

12. 4. Abschnitt I.2. Absatz (e) wird wie folgt neu gefasst:

„Die Verteilung des nach Abzug des Gesamtbetrages der Fixboni ggf. verbleibenden Betrages – definiert als Flexbonus – erfolgt mittels einer teilnehmerbezogenen Vergütung als Arzneimittel- und/oder Medikationsplan-Leistungspauschale.

Der anteilige Flexbonus-Betrag des teilnehmenden Arztes richtet sich vornehmlich nach dessen prozentualem Anteil der als Standard oder als Reserve eingeordneten Wirkstoffe im Verhältnis zu allen Wirkstoffen des Medikationskataloges und dessen katalogbezogenem Verordnungsvolumen (DDD) zu Lasten der AOK PLUS im jeweils zu überprüfenden Quartal; ab dem Auswertungsquartal 1/2020 mit ergänzender Berücksichtigung der Anzahl der zum Ende – letzter Tag – des jeweiligen Auswertungsquartals final bearbeiteten Medikationspläne im Status 4 oder höher; mindestens jedoch fünf Medikationspläne. Der genaue Verteilungsschlüssel wird KV-individuell festgelegt. Der anteilige Betrag je Arzt wird mit der nächsterreichbaren Honorarabrechnung ausgezahlt. Gelangen nur die Fixboni nach Absatz (d) Sätze 3 und 4 zur Verteilung, sind ausschließlich teilnehmende Vertragsärzte mit aktuell mindestens erreichter jeweiliger Zielquote, einem aktuellen katalogbezogenen Verordnungsvolumen von mindestens 2.000 DDD und erreichtem Mindestanteil eingelöster Wirkstoffverordnungen gemäß Absatz (d) anspruchsberechtigt.

12. 5. Abschnitt I.3. wird wie folgt neu gefasst:

- „(a) Als Voraussetzung für die Abrechnung der Vergütung des Medikationsmanagements muss der teilnehmende Arzt an einer gemeinsamen Informationsveranstaltung der Vertragspartner mit am Modell teilnehmenden Apothekern zu den Inhalten und Prozessen des Modells teilgenommen haben oder einen Nachweis (z. B. Zertifikat) über eine von den Vertragspartnern bestimmte abgelegte Online-Fortbildung vorlegen. Inwieweit die Online-Fortbildung anstelle der Auftaktveranstaltung angeboten und anerkannt wird, liegt in der Entscheidung der jeweiligen KV.
- (b) Voraussetzung für die Abrechnung der Vergütung ist weiterhin die Anbindung an das Sichere Netz der KVen via KV-SafeNet oder die Telematikinfrastruktur sowie die erfolgte Installation der IT-Vertragsschnittstelle.
- (c) Die Prüfung auf eingeschriebene Versicherte wird durch die KVen anhand des von der AOK PLUS gelieferten Versichertenverzeichnisses durchgeführt. Daher ist es wichtig, dass der teilnehmende Arzt, sofern er der zuletzt unterschreibende Leistungserbringer ist, die vollständig ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 4 Absatz 5 des Vertrages innerhalb von 10 Arbeitstagen an die AOK PLUS versendet.
- (d) Die nachfolgend unter I. bis IV. ausgewiesenen Abrechnungsnummern werden analog den Regelungen des § 106d SGB V in das regelhafte Quartalszeitprofil des teilnehmenden Arztes einbezogen. Dies dient ausschließlich dem Zweck, die dem

Vertrag zu Grunde liegenden Annahmen zu den zeitlichen Aufwänden in Stufe 3 zu verifizieren.

I. Startintervention Ärzte

(mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, einmalig zu Beginn der Versicherungsteilnahme)

Abrechnungsnummer 99866

ab dem 01.01.2019 bis zum 31.12.2019 102,90 EUR

ab dem 01.01.2020 bis zum 31.12.2020 106,70 EUR

Die Abrechnungsnummer 99866 ist je eingeschriebenen Versicherten nur einmalig für die initiale Betreuung in Stufe 3 des Modellvorhabens nach Erbringung der Leistungen gemäß Anlage 11 Abschnitt II.2. Buchstabe a) abrechenbar.

Pro Leistungsquartal und teilnehmenden Arzt wird die Abrechnungsnummer 99866 für maximal 30 Patienten vergütet. Wird sie häufiger abgerechnet, erfolgt eine Quotierung auf diesen Maximalbetrag.

Die Abrechnungsnummer 99866 ist im Krankheitsfall nicht neben der Abrechnungsnummer 99869 berechnungsfähig.

Die Abrechnungsnummer 99866 ist im Behandlungsfall nicht neben den Abrechnungsnummern 99867 bzw. 99868 berechnungsfähig.

II. Folgeintervention

(mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, 1 x pro Folgequartal)

Abrechnungsnummer 99867

ab dem 01.01.2019 bis zum 31.12.2019 22,80 EUR

ab dem 01.01.2020 bis zum 31.12.2020 23,60 EUR

Die Abrechnungsnummer 99867 ist je eingeschriebenen Versicherten einmal pro Abrechnungsquartal für die kontinuierliche Betreuung nach Erbringung der Leistungen gemäß Anlage 11 Abschnitt II.2. Buchstabe b) abrechenbar.

Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass mindestens einmal die Abrechnungsnummer 99866 oder 99869 abgerechnet wurde. Die Abrechnungsnummer 99867 ist im Behandlungsfall nicht neben den Abrechnungsnummern 99866, 99868 bzw. 99869 berechnungsfähig.

III. Folgeintervention nach wesentlicher Änderung der Medikation

(mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, 1 x pro Folgequartal)

Abrechnungsnummer 99868

ab dem 01.01.2019 bis zum 31.12.2019 45,70 EUR

ab dem 01.01.2020 bis zum 31.12.2020 47,40 EUR

Die Abrechnungsnummer 99868 ist je eingeschriebenen Versicherten einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, wenn sich im Medikationsplan binnen eines Monats mindestens 3 Wirkstoffe ändern (z. B. nach Krankenhausentlassung).

Voraussetzung für die Abrechnung ist, dass mindestens einmal die Abrechnungsnummer 99866 oder 99869 abgerechnet wurde. Die Abrechnungsnummer 99868 ist im Behandlungsfall nicht neben den Abrechnungsnummern 99866 bzw. 99867 berechnungsfähig.

IV. Übernahmebetreuung nach Arztwechsel

(mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, einmalig nach Arztwechsel)

Abrechnungsnummer 99869

ab dem 01.01.2019 bis zum 31.12.2019 45,70 EUR

ab dem 01.01.2020 bis zum 31.12.2020 47,40 EUR

Die Abrechnungsnummer 99869 ist je eingeschriebenen Versicherten einmalig nach dem Arztwechsel und nach Erbringung der Leistungen gemäß Anlage 11 Abschnitt II.2 Buchstabe b) durch den die Betreuung übernehmenden Arzt abrechenbar.

Die Abrechnungsnummer 99869 ist im Krankheitsfall nicht neben der Abrechnungsnummer 99866 berechnungsfähig.

Die Abrechnungsnummer 99869 ist im Behandlungsfall nicht neben der Abrechnungsnummer 99867 berechnungsfähig.

- (e) Jährlich zum 01.01. erfolgt eine Steigerung der vorgenannten Vergütungspauschalen mit der Grundlohnveränderungsrate nach § 71 Absatz 3 SGB V. Die sich ergebenden Vergütungshöhen werden kaufmännisch auf eine Nachkommastelle gerundet.“

12. 6. In Abschnitt I.4. Absatz (b) werden die folgenden Sätze 7 und 8 angefügt:

„Ärzte, die bis zum 31.12.2014 eine vertragsärztliche Tätigkeit in Sachsen oder Thüringen aufgenommen haben und ihre Teilnahme am Modellvorhaben in der Zeit vom 01.01.2020 bis 30.06.2020 erklären, erhalten eine Strukturpauschale 1 in Höhe von 500 EUR, sofern bis zum 30.09.2020 die Implementierung und der Einsatz einer IT-Vertragsschnittstelle gemäß Anlage 2 einschließlich des erfolgreichen Zugriffs auf den Medikationsplanserver erfolgt sind.

Die Sätze 2 bis 6 bleiben hiervon unberührt.“

12.7. Weitere, ausschließlich redaktionelle Anpassungen werden in der Anlage 8a vorgenommen. Die Anlage 8a ist in ihrer ab 01.01.2019 gültigen Fassung beigefügt.

13. Die Anlage 8b wird wie folgt angepasst:

13. 1. Der Abschnitt I.3. Absatz (b) enthält gemäß der unter Absatz (c) vereinbarten Steigerung die Vergütungsbeträge als Nettobetrag für die Jahre 2019 und 2020.

Leistung	Leistungsinhalt und Abrechnungsausschlüsse	EUR Netto ab 01.01.2019	EUR Netto ab 01.01.2020
ARMIN-Startintervention	Für die Leistungen gemäß Anlage 11, Pkt. II.1.a. einmalig pro Versicherten für den Monat, in dem die Übermittlung des vorläufigen Medikationsplanes erfolgt	105,40	109,30
ARMIN-Folgeintervention	Für Leistungen gemäß Anlage 11, Pkt. II.1.b. einmal pro Versicherten, jeweils für drei Monate nach Abrechnungsmonat der Startintervention	23,40	24,30
ARMIN-Akutintervention	Für Leistungen gemäß Anlage 11, Pkt. II.1.b. bei wesentlicher Änderung der Medikation, d. h. mindestens drei Wirkstoffe werden innerhalb eines Monats geändert (z. B. nach Krankenhausentlassung) Bei Vorliegen der Voraussetzungen jeweils zusätzlich neben der allgemeinen ARMIN-Folgeintervention	23,40	24,30
ARMIN-Übernahmebetreuung bei Apothekenwechsel	Für Leistungen gemäß Anlage 11, Pkt. II.1., die durch die Übernahme einer Betreuung durch Apothekenwechsel erforderlich sind einmalig pro Versicherten, abrechenbar im Monat der Übernahme der Betreuung anstatt Startintervention	46,80	48,50

13. 2. In Abschnitt I.4. Absatz (b) werden die folgenden Sätze 7 und 8 angefügt:

„Apotheken, die bis zum 31.12.2014 eine Betriebserlaubnis in Sachsen oder Thüringen erhalten haben und ihre Teilnahme am Modellvorhaben in der Zeit vom 01.01.2020 bis 30.06.2020 erklären, erhalten eine Strukturpauschale 1 in Höhe von 500 EUR, sofern bis zum 30.09.2020 die Implementierung und der Einsatz einer IT-Vertragsschnittstelle gemäß Anlage 2 einschließlich des erfolgreichen Zugriffs auf den Medikationsplanserver erfolgt sind.

Die Sätze 2 bis 6 bleiben hiervon unberührt.“

14. Die Anlage 9 Absatz (6) Satz 3 wird wie folgt geändert:

„Liegt für den Inhalt der Standardverordnungszeile kein entsprechender Rabattvertrag nach § 130a Absatz 8 SGB V vor oder kann dieser z. B. aufgrund von Nichtverfügbarkeit oder pharmazeutischer Bedenken nicht bedient werden, so kann die teilnehmende Apotheke, abweichend von den Vorgaben des Rahmenvertrages nach § 129 Absatz 2 SGB V und entsprechender Regelungen in den ergänzenden Verträgen nach § 129 Absatz 5 SGB V, ein anderes austauschfähiges Arzneimittel abgeben.“

15. In Anlage 10 Absatz (3) Buchstaben e und f wird der jeweils letzte Satz gestrichen. Die Anlage 10 ist in ihrer ab 01.01.2020 gültigen Fassung beigefügt.

16. Inkrafttreten

Der Punkt 1. dieses Nachtrages tritt rückwirkend zum 01.01.2018 in Kraft.

Die Punkte 8. und 9. dieses Nachtrages treten rückwirkend ab 25.05.2018 in Kraft.

Die Punkte 3. bis 6. sowie 11. dieses Nachtrages treten rückwirkend zum 01.01.2019 in Kraft.

Die Punkte 12. und 13. dieses Nachtrages treten je nach Vergütungsbeginn zum 01.01.2019 bzw. zum 01.01.2020 in Kraft.

Der Punkt 14. tritt rückwirkend zum 01.07.2019 in Kraft.

Die Punkte 2., 7., 10. und 15. dieses Nachtrages treten zum 01.01.2020 in Kraft.

Anhänge

Anlage 3a: Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt

Anlage 4a: Technische Anlage Ärzte

Anlage 6: Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte

Anlage 8a: Abrechnung und Vergütung Ärzte

Anlage 8b: Abrechnung und Vergütung Apotheken

Anlage 9: Wirkstoffverordnung

Anlage 10: Medikationskatalog

(in ihrer jeweils aktualisierten Fassung)

Dresden, Weimar, Leipzig, Erfurt, den 18.12.2019

Gez.
AOK PLUS

Gez.
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Gez.
Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

Gez.
Sächsischer Apothekerverband e. V.

Gez.
Thüringer Apothekerverband e. V.