

**Vertrag nach § 63 SGB V  
über eine Inanspruchnahme von Antigen-Tests zur patientennahen  
Anwendung (PoC-Antigen-Test) für die Versicherten der AOK PLUS  
„Schnelltest PLUS“**

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**  
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden,  
Herrn Dr. med. Klaus Heckemann

sowie der

**Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**  
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes,  
Frau Dr. med. Annette Rommel

- im Folgenden beide „KV“ genannt -

und der

**AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**  
vertreten durch den Vorstand,  
Herrn Rainer Striebel  
Sternplatz 7, 01067 Dresden

- im Folgenden „AOK PLUS“ genannt -

(gemeinsam „Vertragspartner“ genannt)

mit Wirkung ab dem 21.12.2020

## § 1 Ausgangspunkt und Ziele

- (1) Mit der Neufassung der Coronavirus-Testverordnung zum 30. November 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Ausweitung der Testmöglichkeiten geschaffen. So ist u. a. für asymptomatische Patienten der Einsatz von Antigen-Test zur patientennahen Anwendung (nachfolgend „PoC-Antigen-Test“ genannt) möglich. Diese bieten die Möglichkeit, dass bereits innerhalb von rund 15 Minuten ein Testergebnis vorliegt.
- (2) Bislang wurde der Einsatz dieser PoC-Antigen-Tests im Rahmen der ambulanten kurativen Versorgung von symptomatischen Patienten weder im Wege einer Verordnung noch in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Der PCR-Labortest gilt als das sicherste Verfahren, eine Infektion nachzuweisen. Dieses Testverfahren weist Erbgut des neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) nach. Ist der Test positiv, liegt höchstwahrscheinlich eine Infektion mit dem Virus vor. Allerdings liegen die Ergebnisse meist frühestens nach 24 Stunden, manchmal erst nach mehreren Tagen nach Abstrichentnahme vor. Hinzu kommen regional begrenzte Verfügbarkeiten von Laborkapazitäten und Nachverfolgungs-Kapazitäten über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Vertragspartner sind überzeugt, dass sich aber gerade hier enorme Potentiale für die Früherkennung und zur Optimierung der Versorgung bieten.
- (3) Die Corona-Pandemie klingt nicht ab. Die aktuellen Fallzahlen<sup>1</sup> der Pandemie weisen für Sachsen und Thüringen eine deutlich überdurchschnittliche 7-Tages-Inzidenz im Bundesvergleich aus. Die Kontaktnachverfolgung durch den ÖGD kann nicht mehr in dem Maße stattfinden, wie es für eine Eindämmung der pandemischen Lage erforderlich wäre. Die aktuellen Entwicklungen deuten darauf hin, dass trotz des Lockdowns die Zahl der an COVID-19 erkrankten Patienten in Sachsen und Thüringen über den Jahreswechsel weiter zunehmen wird. Wurden in der ersten Welle der Pandemie und im Sommer noch überwiegend Infizierte außerhalb der Risikogruppen registriert, ist nunmehr festzustellen, dass überdurchschnittlich vulnerable Patienten betroffen sind. Dies stellt das Gesundheitswesen in Sachsen und Thüringen vor immer größer werdende Herausforderungen. Die Aufrechterhaltung des ambulanten Schutzwalls für die Versicherten der GKV hat daher aktuell die höchste Priorität.
- (4) Insbesondere im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst besteht häufig die Notwendigkeit für eine unmittelbare Testung und ein zeitnahes Ergebnis. Insbesondere am Wochenende kommt es vor, dass aufgrund der fehlenden Labortransportmöglichkeiten und Kühlkapazitäten nach der ärztlichen Untersuchung durch die diensthabenden Ärzte keine Probenentnahmen erfolgen, sondern zur Probenentnahme an den Hausarzt in der kommenden Woche verwiesen wird. Dieses Vorgehen bedeutet jedoch, dass hier zum einen Infektionsketten nicht so schnell unterbrochen werden, wie es möglich wäre und zum anderen zusätzliche Ressourcen in der medizinischen Versorgung gebunden werden, die bei Einsatz von PoC-Antigen-Tests nicht beansprucht werden müssten.
- (5) Gemäß § 63 Abs. 2 SGB V können die Krankenkassen Modellvorhaben zu Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, zur Krankenbehandlung sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft, die nach den Vorschriften dieses Buches oder auf Grund hiernach getroffener Regelungen keine Leistungen der Krankenversicherung sind, durchführen oder nach § 64 vereinbaren.

---

<sup>1</sup> Sachsen: 444/ Thüringen 293 Fälle/ 100.000 Einwohner; Quelle: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Dez\\_2020/2020-12-21-de.pdf?\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-21-de.pdf?_blob=publicationFile)

- (6) Ziele dieses Vertrages sind deshalb, durch Nutzung der PoC-Antigen-Tests bei symptomatischen Patienten, insbesondere im Bereitschaftsdienst, festzustellen, ob und inwieweit durch unverzüglich vorliegende Testergebnisse
- a) Infektionsketten so früh wie möglich erkannt sowie unterbrochen werden können,
  - b) die Früherkennung und die weitere medizinische Versorgung im Einzelfall zielgerichteter und sicherer geplant werden kann, und
  - c) Ressourcen in der medizinischen Versorgung und auch finanzielle Mittel effektiver eingesetzt werden können, weil insbesondere die Kosten für den Einsatz der vom BfArM gelisteten PoC-Antigen-Tests zuzüglich PCR-Prüftests bei positivem Befund insgesamt unterhalb der Kosten bei primärer genereller PCR-Testung liegen.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Vertrages ist der Freistaat Thüringen sowie der Freistaat Sachsen.
- (2) Der Vertrag gilt für alle im Bereich der jeweiligen KV 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 und für alle im Bereitschaftsdienst tätigen Ärzte (nachfolgend „Arzt“ genannt).
- (3) Der Vertrag gilt für alle Versicherten der AOK PLUS, unabhängig vom Wohnort (nachfolgend „Versicherte“ genannt). Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig, insbesondere darf den Versicherten nicht die PCR-Testung verweigert werden, wenn sie diese statt des PoC-Antigen-Tests wünschen. Die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V sind im Übrigen nicht eingeschränkt. Für Versicherte der AOK PLUS mit Wohnort außerhalb der jeweiligen KV werden die Leistungen nach diesem Vertrag im Fremdkasenzahlungsausgleichsverfahren (FKZ) geltend gemacht.

## **§ 3 Teilnahme des Arztes**

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag durch den Arzt ist freiwillig. Die grundsätzliche Berechtigung zur Teilnahme ergibt sich aus § 2 Absatz 2. Mit der Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag erklärt der Arzt zugleich seine Teilnahme an diesem Vertrag.
- (2) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag 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.
- (3) Die Teilnahme des Arztes endet darüber hinaus automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem der Vertrag, gleich aus welchem Grund, endet.

## § 4 Leistungsinhalte

- (1) Die PoC-Antigen-Tests können im Rahmen dieses Vertrages für symptomatische Versicherte, insbesondere im Bereitschaftsdienst, angewandt werden. Hierfür sind ausschließlich die PoC-Antigen-Tests zu verwenden, die auf der Homepage des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte<sup>2</sup> gelistet sind.
- (2) Die Anwendung und Abrechnung der PoC-Antigen-Tests über diesen Vertrag ist ausgeschlossen, wenn diese aufgrund anderer Rechtsgrundlagen von Bundes- oder Landesebene zur Anwendung gebracht werden können bzw. eine anderweitige Kostenübernahme existiert. Dies betrifft sowohl mögliche Erweiterungen der Corona-TestVO hinsichtlich des Patientenkreises als auch landesbezogene Regelungen zu bestimmten Berufsgruppen.
- (3) Zur Abklärung einer Infektion wird bei symptomatischen Patienten ein Abstrich entnommen und unmittelbar die Diagnostik mittels eines PoC-Antigen-Tests durchgeführt. Im Anschluss an die Testung wird der Versicherte über das Ergebnis informiert. Sofern ein positives Ergebnis eines PoC-Antigen-Tests vorliegt, ist vom Arzt
  - a) die dringende Empfehlung der häuslichen Isolation auszusprechen, um Ansteckungen im weiteren Umfeld der/des Betroffenen zu vermeiden und
  - b) eine bestätigende Diagnostik mittels eines Nukleinsäurenachweises des Coronavirus (z. B. PCR-Test) unverzüglich durchzuführen bzw. einzuleiten.
- (4) Die Durchführung und Abrechnung der bestätigenden Diagnostik mittels eines Nukleinsäurenachweises des Coronavirus nach Abs. 3 Buchstabe b) ist jedoch nicht Gegenstand dieses Vertrages und muss nach den Regularien für Ansprüche auf Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung erfolgen. Fällt auch der Nukleinsäurenachweis positiv aus, sind die Meldewege gemäß Infektionsschutzgesetz einzuhalten.
- (5) Über das Testergebnis stellt der behandelnde Arzt eine Bescheinigung für den Versicherten aus.

---

<sup>2</sup> <https://antigentest.bfarm.de/ords/antigen/r/antigentests-auf-sars-cov-2/liste-der-antigentests?session=1872645694397&tz=1:00>

## § 5 Vergütung der ärztlichen Leistungen und Sachkosten

Für die ärztlichen Leistungen und die Sachkosten nach diesem Vertrag erhält der Arzt folgende Vergütung:

| Abr.-Nr.   | Leistungsinhalt   | Betrag |
|--|---|--------|
| 02402, ausschließlich mit 88312 am selben Tag abgerechnet (KVS vom 21.12. bis 31.12.2020)<br><br>99136A (KVS ab 01.01.2021)<br><br>99026 (KVT) | Beratung des Versicherten zur medizinischen Indikation, Kontraindikation, alternativen Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten einschließlich Abstrich der oberen Atemwege (Oropharynx-Abstrich und/oder Nasopharynx-Abstrich) im Rahmen eines PoC-Antigen-Test, den Aufwandsersatz für die Aufbereitung des PoC-Antigen-Test, das aufklärende Gespräch zum Testergebnis und Angabe der Empfehlungen, ob häusliche Isolation erforderlich ist incl. Dokumentation und die Ausstellung eines Zeugnisses über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus. | 20 €   |
| 88312, ausschließlich mit 02402 am selben Tag abgerechnet (KVS 21.12. bis 31.12.2020)<br><br>99136S (KVS ab 01.01.2021)<br><br>99027 (KVT)     | Sachkosten des PoC-Antigen-Test   | 9 €    |

## § 6 Abrechnung und Vergütung zwischen dem Arzt und der KV

- (1) Der Arzt hat nach Maßgabe des Vertrages 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 Arztes. Die Vergütung der Sachkosten des PoC-Antigen-Test gegenüber dem Arzt steht unter der Voraussetzung, dass der Arzt den PoC-Antigen-Test selbst vorgehalten und finanziert hat.
- (2) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der jeweiligen KV und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen.
- (3) Hinsichtlich der Zahlungstermine gelten die von der jeweiligen KV veröffentlichten Termine für Restzahlungen. Für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend.
- (4) Die jeweilige KV zahlt die Vergütung nach dem jeweils gültigen Gesamtvertrag an den Arzt aus und erstellt einen Abrechnungsnachweis für den Arzt. Der Abrechnungsnachweis und die Vergütung sind im Honorarbescheid enthalten.
- (5) Die jeweilige KV ist berechtigt, von der Vergütung des Arztes die Verwaltungsgebühr der vertragsärztlichen Versorgung einzubehalten. Die Höhe bestimmt sich nach dem jeweils aktuellen Verwaltungskostensatz der zuständigen KV. Mit dieser Verwaltungsgebühr

wird der Aufwand der jeweiligen KV abgegolten, der im Zusammenhang mit der Abrechnung des Vertrages entsteht.

- (6) Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen und Sachkosten dieses Vertrages gegenüber dem Berechtigten oder gegenüber einem anderen Kostenträger ist ausgeschlossen.
- (7) Der Arzt ist verpflichtet, die letzte Leistungsabrechnung spätestens zu dem für das Folgequartal von der jeweiligen KV bestimmten Termin zu stellen. Später eingehende Abrechnungen werden nicht vergütet. Weiterhin ist der Arzt 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 jeweiligen KV geltend zu machen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des Arztes sind mit der nächsten Abrechnung nach Zugang des berichtigten Abrechnungsnachweises auszugleichen.
- (9) Der Arzt hat der AOK PLUS Überzahlungen, auf die er keinen Anspruch nach diesem Vertrag hat, zu erstatten. Sofern daher die jeweilige KV Zahlungen geleistet hat, auf die der Arzt keinen Anspruch hat, ist die jeweilige KV berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen vom Arzt zurückzufordern und von späteren Abrechnungen dieses Vertrages abzuziehen.

## **§ 7**

### **Abrechnung und Vergütung zwischen KV und AOK PLUS**

- (1) Die jeweilige KV prüft die Abrechnung der Ärzte nach Maßgabe der ihr obliegenden gesetzlichen Pflichten und übermittelt die Abrechnungsdaten im Rahmen der quartalsbezogenen Rechnungslegung an die AOK PLUS. Die jeweilige KV hat gegenüber der AOK PLUS Anspruch auf Auszahlung der dem Arzt nach Maßgabe dieses Vertrages zustehenden Vergütung für die ärztlichen Leistungen und Sachkosten. Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung der vertraglichen Verpflichtung des Arztes. Die jeweilige KV hat Anspruch auf die Vergütung der Sachkosten des PoC-Antigen-Test auch dann, wenn die PoC-Antigen-Test von der jeweiligen KV finanziert und dem Arzt zur ausschließlichen Verwendung nach diesem Vertrag zur Verfügung gestellt wurden.
- (2) Die Finanzierung der Leistungen erfolgt durch die AOK PLUS außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (3) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen, des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Einzelfallnachweis; Ausweis im Formblatt 3, entsprechend der aktuell gültigen Formblatt 3-Vorgaben) sowie für sachlich-rechnerische Richtigstellungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend. Die Abrechnungsnummern des Vertrages werden von der KV quartalsweise im Formblatt 3 für den Bereich der KV Sachsen unter der Kontenart 525, Kapitel 99, Abschnitt 3 sowie für den Bereich der KV Thüringen unter der Kontenart 525, Kapitel 93, Abschnitt 20 bis zur Ebene 6 ausgewiesen.

Abweichend davon erfolgt im Bereich der KV Sachsen für die Zeit vom 21.12. bis 31.12.2020 eine Rechnungslegung unter der Kontenart 525 über den Vorgang 215 mit gesondertem Nachweis (Häufigkeit der GOP 02402 bewertet mit der Differenz aus 20 EUR und dem EBM-Wert sowie Sachkosten Nr. 88312).

- (4) Eine Verrechnung der Rückforderungsansprüche der AOK PLUS nach diesem Vertrag mit Honoraransprüchen der jeweiligen KV gegenüber der AOK PLUS außerhalb dieses Vertrages ist ausgeschlossen.
- (5) 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 Modellvertrag nicht mehr möglich, werden die Honoraransprüche gemäß den einschlägigen gesetzlichen Regelungen und die des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend geltend gemacht.

## **§ 8 Aufgaben der KV**

- (1) Die jeweilige KV übernimmt die Veröffentlichung und Information zu den Zielen, Inhalten, Teilnahmevoraussetzungen sowie über das Abrechnungsverfahren des Vertrages gegenüber den Ärzten.
- (2) Die jeweilige KV übernimmt die Abrechnung und Vergütung der Leistungen gegenüber der AOK PLUS und den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der quartalsbezogenen Abrechnung nach § 295 SGB V.

## **§ 9 Aufgaben der AOK PLUS**

Die AOK PLUS zahlt die in dem Vertrag vereinbarte Vergütung außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung an die jeweilige KV.

## **§ 10 Datenschutz**

- (1) Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen des Vertrages 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 Ärzte 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 dem Modellvorhaben nicht ausdrücklich etwas anderes ergibt, soll weder eine Auftragsverarbeitung noch eine gemeinsame Datenverarbeitung, sondern eine Datenverarbeitung im Rahmen eines Modellvorhabens gemäß § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V erfolgen. Eine vom 10. Kapitel abweichende Datenverarbeitung im Sinne des § 63 Abs. 3a SGB V ist nicht vorgesehen.
- (2) Die Vertragspartner und teilnehmenden Ärzte stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.

## **§ 11 Evaluation**

- (1) Die Vertragspartner sind sich einig, die gesetzlich vorgeschriebene Auswertung gemäß § 65 SGB V vorzunehmen und die Berichte zu veröffentlichen.
- (2) Im Rahmen der Evaluation sollen insbesondere folgende Parameter untersucht und bewertet werden:
  - a) finanzielle Effektivität des Einsatzes von PoC-Antigen-Tests,
  - b) Einsatz der PoC-Antigen-Tests im Praxisalltag.
- (3) Die Vertragspartner erarbeiten die Evaluationsgrundlagen (Ziele, Vertrag) gemeinsam und wirken auch bei der Auswahl eines möglichen Evaluators eng zusammen.
- (4) Die Kosten für die Evaluation werden hälftig von der AOK PLUS und zu jeweils einem Viertel von den beiden KVen getragen. Darüber hinaus stellt die jeweilige KV die für die Evaluation erforderlichen Daten kostenfrei zur Verfügung.

## **§ 12 Öffentlichkeitsarbeit**

Die jeweilige KV wird die zusätzlichen Leistungen der AOK PLUS gemäß diesem Vertrag und die Modellziele gegenüber ihrer jeweiligen Ärzteschaft und in der Öffentlichkeit sowie in der politischen Diskussion darstellen und unterstützen.

## **§ 13 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt zum 21. Dezember 2020 in Kraft und gilt bis zum 31. März 2021.
- (2) In Abhängigkeit der geltenden Rechtslage und der sich entwickelnden Pandemie-Situation ist im beiderseitigen Einvernehmen der jeweiligen regionalen Vertragspartner eine Anpassung der Vertragslaufzeit möglich. Der Vertrag endet unabhängig von der vereinbarten Laufzeit zum nächsten Monatsende, wenn die 7-Tages-Inzidenz im jeweiligen Bundesland mindestens 7 Tage ununterbrochen bei <50 je 100.000 Einwohnern liegt.
- (3) Bei Änderungen der gesetzlichen Regelungen bzw. der sonstigen Rahmenbedingungen zur Durchführung von Testungen auf das Coronavirus verpflichten sich die Vertragspartner, diesen Vertrag unverzüglich an die geänderten Regelungen bzw. Bedingungen anzupassen bzw. zu beenden.
- (4) Die §§ 6 und 7 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für die Vertragspartner fort, bis die Vergütung der durch die teilnehmenden Ärzte auf Grundlage dieses Vertrages erbrachten Leistungen vollständig abgerechnet und ausgezahlt ist.

## **§ 14 Sonstige Bestimmungen**

- (1) Der gesamte Vertrag 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 Vertrages 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 Vertrag 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 Vertrag, 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) Die Anpassung der Geltungsdauer dieser Vereinbarung nach § 13 Abs. 1 und 2 ist per E-Mail möglich. Im Übrigen bedürfen Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages 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 Abs. 3, 126a Abs. 1 BGB i. V. m. § 36a SGB I die Schriftform nicht wahren.
- (5) Jede Partei kann ihre Rechte und Pflichten aus diesem Rahmenvertrag nur mit der vorherigen, eindeutigen und schriftlichen Zustimmung des anderen Vertragspartners an Dritte übertragen.
- (6) Krankenkassen können diesem Vertrag beitreten, wenn die AOK PLUS und die jeweilige KV dem Beitritt schriftlich zustimmen. Mit dem Beitritt werden die Inhalte des Vertrages durch die beitretende Krankenkasse akzeptiert; abweichend davon fallen für die beitretende Krankenkasse keine Evaluationskosten an.
- (7) Wo personenbezogene Bezeichnungen im Maskulinum stehen, wird diese Form verallgemeinert verwendet und umfasst jeweils Personen jeglichen Geschlechts gleichermaßen.

Dresden, Weimar den 21.12.2020

---

AOK PLUS

---

Dr. med. Klaus Heckemann  
Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

---

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