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

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand,
Herr Dr. med. Klaus Heckemann,
- im Folgenden „KVS“ genannt -

und der

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

(im Folgenden „Vertragspartner“ genannt)

mit Wirkung ab dem 01.01.2021

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 KVS 6
§ 7 Abrechnung und Vergütung zwischen der KVS und der AOK PLUS 6
§ 8 Aufgaben der KVS 7
§ 9 Aufgaben der AOK PLUS 7
§ 10 Beteiligung anderer Leistungserbringer 7
§ 11 Vertragsbeirat 7
§ 12 Evaluation 8
§ 13 Datenschutz 8
§ 14 Öffentlichkeitsarbeit 8
§ 15 Schriftform 8
§ 16 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung 9
§ 17 Sonstige Bestimmungen 9

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Versorgungsmodul „Qualitätsmanagement“

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 im Rahmen der ärztlichen Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung im Freistaat Sachsen 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 und Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 erfüllen.

(e) **Vertragsarztpraxis** meint alle Organisationsformen in Form von Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Einrichtungen gemäß §§ 105 Abs. 1c oder 5 bzw. 311 Abs. 2 SGB V.

(f) Eine **Teilnahme** der Vertragsärzte und Versicherten richtet sich nach dem Rahmenvertrag und meint gleichfalls die Nutzung der Leistungen der einzelnen Versorgungsmodule, auch wenn dafür keine Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung notwendig ist. Die jeweiligen Versorgungsmodule können spezielle Regelungen zur Nutzung und Teilnahme, zu ggf. erforderlichen Einwilligungen sowie zu Nutzungs- und Teilnahmevoraussetzungen beinhalten.

§ 2
Ziele und Gegenstand des Rahmenvertrages

(1) Ziel des Rahmenvertrages ist die langfristige Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Freistaat Sachsen 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.

(3) Inhaltliche Änderungen dieses Rahmenvertrages bzw. der Versorgungsmodule werden den teilnehmenden Vertragsärzten von der KVS bzw. den Versicherten von der AOK bekannt gegeben. Vertragsänderungen berechtigen zur unverzüglichen Kündigung durch den teilnehmenden Vertragsarzt bzw. Versicherten, soweit Vergütung oder Leistungsanspruch betroffen sind.

§ 3
Geltungsbereich

(1) Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) dieses Rahmenvertrages ist der Freistaat Sachsen. Der Rahmenvertrag gilt für alle im Bereich der KVS zugelassenen, ermächtigten, in einer Praxis angestellten, als Vertretung nach § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV bzw. in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätigen Ärzte bzw. Psychotherapeuten sowie für ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß §§ 105 Abs. 1c oder 5 bzw. 311 Abs. 2 SGB V, sofern sie die Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 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 Versorgungsmodule können nur in der jeweils aktuellen Ausgestaltung in Anspruch genommen werden.

(2) Die Teilnahme an den einzelnen Versorgungsmodulen durch einen Versicherten ist freiwillig. Die grundsätzliche Berechtigung zur Inanspruchnahme des jeweiligen Versorgungsmoduls erfolgt durch die Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Die Teilnahme des Versicherten erfolgt durch formelle Einschreibung oder faktische Teilnahme an einzelnen Versorgungsmodulen. 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.

(3) Die weiteren Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten sind in den jeweiligen Versorgungsmodulen geregelt.

(4) Die Versicherten haben keinen Anspruch darauf, dass der jeweils behandelnde Vertragsarzt an den Versorgungsmodulen dieses Rahmenvertrages teilnimmt und diese den Versicherten anbietet.

(5) 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.

Im Fall eines formellen Einschreibeverfahrens endet die Teilnahme des Versicherten mit Beendigung seiner Teilnahme durch Kündigung.

(6) 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 Versorgungsmodule können nur in der jeweils aktuellen Ausgestaltung in Anspruch genommen werden.

(2) Die Teilnahme an den einzelnen Versorgungsmodulen durch die Vertragsärzte ist freiwillig. Die grundsätzliche Berechtigung zur Teilnahme ergibt sich aus § 3 Abs. 1. Mit seiner 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.

(3) Die weiteren Teilnahmevoraussetzungen des Vertragsarztes sind in den jeweiligen Versorgungsmodulen geregelt.

(4) Mit seiner Teilnahme an Versorgungsmodulen erklärt sich der Vertragsarzt bereit, an einer Evaluation (§ 65 SGB V) der jeweiligen Versorgungsmodule teilzunehmen, an denen er mitgewirkt hat, insbesondere für die er Leistungen erbracht hat.

(5) 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.

(6) Die Teilnahme des Vertragsarztes endet darüber hinaus automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem der Rahmenvertrag oder das jeweilige Versorgungsmodul, gleich aus welchem Grund, endet.

(7) Die Beendigung der Teilnahme kann auch durch die Nichterfüllung der besonderen Teilnahmevoraussetzungen, die Nichterfüllung der Pflichten oder die Einstellung der Teilnahme des jeweiligen Versorgungsmoduls erfolgen. Abweichungen hiervon sind in den jeweiligen Versorgungsmodulen ausdrücklich zu vereinbaren (z. B. Erforderlichkeit einer ausdrücklichen Kündigungserklärung oder diesbezügliche Informationspflichten).

(8) Inhaltliche Änderungen dieses Rahmenvertrages bzw. der Versorgungsmodule berechtigen den Vertragsarzt zur unverzüglichen Beendigung seiner Teilnahme. 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 KVS

(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 KVS und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen. Sofern in diesem Rahmenvertrag bzw. den entsprechenden Versorgungsmodulen keine abweichenden Regelungen getroffen wurden, gilt die Abrechnungsordnung der KVS.

(3) Hinsichtlich der Zahlungstermine gelten die von der KVS veröffentlichten Termine für Restzahlungen. Für die sachlich-rechnerischen Richtigstellungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend.

(4) Die KVS zahlt die Vergütung nach dem jeweils gültigen Gesamtvertrag an die Vertragsärzte aus.

(5) Die KVS ist berechtigt, von der Vergütung der Vertragsärzte die Verwaltungskostengebühr nach der jeweils gültigen Abrechnungsordnung auf Grundlage des § 81 SGB V, zu erheben. Die Höhe bestimmt sich nach den jeweils aktuellen Sätzen.

(6) Eine parallele privatärztliche Abrechnung von Leistungen ist ausgeschlossen.

§ 7
Abrechnung und Vergütung zwischen der KVS und der AOK PLUS

(1) Die KVS 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 KVS gegenüber der AOK PLUS in Rechnung gestellt wurden. Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung der vertraglichen Verpflichtung des Vertragsarztes.

(2) Die KVS prüft die Abrechnung der Vertragsärzte nach Maßgabe der ihr obliegenden gesetzlichen Pflichten und übermittelt den Rechnungsbrief und die Abrechnungsdaten im Rahmen der quartalsbezogenen Rechnungslegung 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; 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.

§ 8
Aufgaben der KVS

(1) Die KVS übernimmt die Veröffentlichung und Information zu den Zielen, Inhalten, Teilnahmevoraussetzungen sowie über Änderungen des Rahmenvertrages und der Versorgungsmodule gegenüber den Vertragsärzten.

(2) Die KVS 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 deren Ziele und Leistungsinhalte. Die AOK PLUS informiert bei Erfordernis die teilnehmenden Versicherten über vereinbarte inhaltliche Änderungen der jeweils genutzten Versorgungsmodule.

(2) Die AOK PLUS stellt die in den Versorgungsmodulen vereinbarte Vergütung gemäß den Regelungen in § 7 bereit.

§ 10
Beteiligung anderer Leistungserbringer

Die Vertragspartner sind sich einig, dass in den jeweils vereinbarten Versorgungsmodulen die Beteiligung anderer Leistungserbringer oder Gruppen anderer Leistungserbringer (vorzugsweise die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgebliche Organisation auf Landesebene) sinnvoll sein kann. Die Einzelheiten (Beitritt, Teilnahme, Nutzung) werden in den jeweiligen Versorgungsmodulen vereinbart.

§ 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 KVS 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 gesetzlich 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 Abs. 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 Abs. 3, 126a Abs. 1 BGB i. V. m. § 36a SGB I die Schriftform nicht wahren.

§ 16
Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

(1) Der Rahmenvertrag tritt zum 01.01.2021 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 30.06.2023.

(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 rechtskräftige aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbaren Maßnahmen ganz oder teilweise untersagt wird. Durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Vertragspartner sind 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 Abs. 4 unter Angabe des Kündigungsgrundes, zu erfolgen.

§ 17
Sonstige Bestimmungen

(1) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Rahmenvertrages oder der Versorgungsmodule unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, bleiben die vertraglichen Regelungen 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.

(2) 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.

(3) 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 *25.01.2021*

Gez.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

Gez.

AOK PLUS