

Arzneimittelversorgungsvertrag nach § 129 Abs. 5 SGB V

vom 1. Oktober 2022

zwischen dem

dem Sächsischen Apothekerverband e. V.
vertreten durch den Vorsitzenden
Herrn Thomas Dittrich (nachstehend SAV genannt)

einerseits

und

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
Sternplatz 7, 01067 Dresden
vertreten durch den Vorstand,
hier vertreten durch
Frau Dr. Julia Lämmel
(nachstehend AOK PLUS genannt)

andererseits

wird folgendes vereinbart:

INHALTSÜBERSICHT

- § 1 Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich des Vertrages
- § 3 Bestimmungen für die Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln sowie Sprechstundenbedarf
- § 4 Bestimmungen zur Berechnung der Preise
- § 4a Zusätzliche Bestimmungen für Rezepturen
- § 5 Vertragsstrafe bei Nichtabgabe des Rabattarzneimittels und nicht ausreichender Kennzeichnung in der Abrechnung
- § 6 Zuzahlungen
- § 7 Bestimmungen zur Abrechnung
- § 8 Übermittlung der Daten
- § 9 Beanstandungen
- § 10 Datenschutz und Verschwiegenheit
- § 11 Vertragsausschuss
- § 12 Vertragsmaßnahmen
- § 13 Inkrafttreten und Kündigung
- § 14 Schlussbestimmungen

ANLAGEN

- Anlage 1 Erklärung gemäß § 2 Abs. 2
- Anlage 2 Besondere Abgabebestimmungen zu § 3 Abs. 17
- Anlage 3 Zuschläge auf Einkaufspreise für Mittel, die nicht in den Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) fallen gemäß § 4 Abs. 7
- Anlage 4 Preisvereinbarung für Blutzuckerteststreifen
- Anlage 5 Ergänzende Regelungen zur Abrechnung und Datenübermittlung gemäß § 7 und § 8
- Anlage 6 Datenaustausch zu § 2 Abs. 1 und 2
- Anlage 7 Pharmazeutische Leistungen gemäß § 1 Abs. 5
- Anlage 8 Besondere Bestimmungen zur Belieferung, Abrechnung sowie Beanstandung von Verordnungen im Entlassmanagement nach §§ 39 Abs. 1a, 40 Abs. 2 Satz 6, 41 Abs. 1 Satz 4 SGB V

§ 1 Gegenstand des Vertrages

- (1) Der Arzneimittelversorgungsvertrag ist ein ergänzender Vertrag zum Rahmenvertrag zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie dem Deutschen Apothekerverband e. V. über die Arzneimittelversorgung gemäß § 129 Abs. 5 SGB V. Bestandteil des Vertrages sind auch die zugehörigen Anlagen.
- (2) Die Versorgung mit Hilfsmitteln wird in gesonderten Verträgen geregelt.
- (3) Gegenstand dieses Vertrages ist die Versorgung einschließlich der Beratung der Versicherten der AOK PLUS durch die öffentlichen Apotheken im Vertragsgebiet mit
 - a) apothekenpflichtigen Arzneimitteln
 - b) Verbandmitteln
 - c) Diagnostika/Teststreifen
 - d) Medizinprodukten gemäß § 31 Abs. 1 SGB V sowie § 24a Abs. 2 SGB V

die vom vertragsärztlichen bzw. vom vertragszahnärztlichen Leistungserbringer* – beide nachfolgend „Vertragsarzt“ genannt – verordnet werden

sowie die Belieferung von Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1a SGB V über die in diesem Arzneimittelversorgungsvertrag vereinbarten Artikel (Anlage 8) und

die Belieferung des Sprechstundenbedarfs.

- (4) Der Vertrag findet auch Anwendung für den Personenkreis nach § 264 SGB V (u. a. Sozialhilfeempfänger).
- (5) Vereinbarungen über weitere pharmazeutische Leistungen können in Anlage 7 des Vertrages geregelt werden.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag einschließlich seiner Anlagen gilt für Apotheken, deren Leiter Mitglied des SAV sind.

Der SAV teilt der AOK PLUS vierteljährlich seinen Mitgliederbestand in aktualisierter Form mit**.

- (2) Apotheken, deren Leiter nicht Mitglied des SAV sind, können dem Arzneimittelversorgungsvertrag durch schriftliche Erklärung beitreten. Der Beitritt ist gegenüber der AOK PLUS unter Verwendung des Formblattes – Anlage 1 zu erklären. Die §§ 4 und 5 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V sind einzuhalten.

Die AOK PLUS informiert den SAV vierteljährlich über beigetretene Apotheken**, von denen eine entsprechende Einverständniserklärung vorliegt.

* In dieser Vereinbarung wird für alle Funktionsträger und sonstige handelnden Personen ausschließlich die männliche Sprachform verwendet. Hierin soll keine Bevorzugung eines Geschlechtes oder die Diskriminierung eines anderen Geschlechtes zum Ausdruck kommen. Die gewählte Fassung dient allein der besseren Übersichtlichkeit des Textes und damit der besseren Verständlichkeit seines Inhalts.

** Die Verfahrensweise wird in Anlage 6 geregelt.

Der SAV unterrichtet die beigetretenen Apotheken mit Einverständniserklärung über Vertragsänderungen und -ergänzungen gegen Erstattung der Kosten durch die beigetretene Apotheke. Die AOK PLUS kann bei Bedarf über ergänzende Hinweise zur Vertragsumsetzung informieren.

- (3) Den Versicherten steht die Wahl unter den an diesem Vertrag beteiligten Apotheken frei. Die Versicherten dürfen weder von den Apotheken zu Lasten der AOK PLUS, noch von der AOK PLUS zugunsten bestimmter Apotheken beeinflusst werden. Die AOK PLUS darf im Rahmen des SGB V über wirtschaftliche und preisgünstige Leistungen informieren. Die Apotheker dürfen mit Vertragsärzten oder anderen Personen keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen zum Zwecke der Zuführung von Versicherten oder der Zuweisung von Verordnungen zu Lasten der AOK PLUS treffen.
- (4) Eine über die übliche fachliche Beratung hinausgehende Beeinflussung der Versicherten, sich bestimmte Mittel zu Lasten der AOK PLUS verordnen zu lassen, ist unzulässig.
- (5) Dieser Vertrag gilt auch nach § 3 Abs. 4 des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V für die Abgabe von Mitteln nach § 31 SGB V gemäß § 1 Abs. 3 dieses Vertrages an Versicherte von Allgemeinen Ortskrankenkassen, die ihren Sitz außerhalb des Vertragsgebietes haben.

§ 3

Bestimmungen für die Abgabe von Arznei- und Verbandmitteln sowie Sprechstundenbedarf

- (1) Sämtliche Lieferungen erfolgen unter Berücksichtigung der entsprechenden gesetzlichen und rahmenvertraglichen Regelungen nach § 129 SGB V nur in einer wirtschaftlichen und zweckmäßigen Form unter Beachtung der ärztlichen Verordnung und der nachstehenden Regelungen dieses Vertrages.
- (2) Die Abgabe erfolgt aufgrund gültiger, ordnungsgemäß ausgestellter vertragsärztlicher Verordnungsblätter zu Lasten der AOK PLUS. Es finden die auf Bundesebene vereinbarten sowie die verbindlichen amtlichen Vordrucke (z. B. Muster 16, T-Rezept) in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.
- (3) Vertragsärztliche Verordnungen von Mitteln gemäß § 31 SGB V, die irrtümlich mit dem Verordnungsstatus 7 gekennzeichnet sind, sind durch den Apotheker zu korrigieren.
- (4) Ordnungsgemäß ausgestellt ist eine vertragsärztliche Verordnung, wenn sie neben dem Mittel oder den Mitteln und der Verordnungsmenge folgende Angaben nach Anlage 2 § 2 Abs. 2 Nummer 1 bis 4 der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 SGB V enthält.
 - a) Bezeichnung der Krankenkasse
 - b) Kostenträgerkennung
 - c) Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Versicherten
 - d) Versicherten-Nummer
 - e) Betriebsstätten-Nummer und lebenslange Arztnummer
 - f) Ausstellungsdatum
 - g) Status des Versicherten
 - h) Kennzeichnung der Statusgruppen 6 und 8 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
 - i) Kennzeichnung für Unfall, soweit zutreffend

- j) Kennzeichnung für Arbeitsunfall, soweit zutreffend
- k) Kennzeichnung der Gebührenpflicht und der Gebührenbefreiung
- l) Kennzeichnung im noctu-Feld, soweit zutreffend
- m) Unterschrift des Vertragsarztes
- n) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck

Das Versäumnis der Korrektur des Verordnungsblattes nach Abs. 3 führt nicht zum Wegfall oder zur Minderung der Leistungspflicht der AOK PLUS. Ein Fehlen der Angaben nach Abs. 4 der Buchstaben a) oder b), c) oder d), e), g) bis l) berechtigt nicht zur Zurückweisung des Verordnungsblattes bei der Abgabe. Fehlen bei Kennzeichnung für Unfall j) die genauen Angaben über Unfalltag, -ort und zuständigen Unfallträger, vermerkt der Apotheker diese Angaben auf dem Verordnungsblatt, soweit er sie in Erfahrung bringen kann. Bei Anwendung des Ersatzverfahrens genügen Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten als Angabe zu Buchstabe d). Oben genannte Formfehler können in Einzelfällen vom Apotheker geändert werden. Bei Betäubungsmitteln sind die Einschränkungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften zu beachten. Änderungen sind vom Apotheker abzuzeichnen.

- (5) Eine vertragsärztliche Verordnung für Impfstoffe oder Sprechstundenbedarf ist ordnungsgemäß ausgestellt, wenn sie neben Mittel und Menge folgende Angaben (nach der Vereinbarung gemäß § 300 SGB V) enthält:
 - a) Bezeichnung der Krankenkasse
 - b) Kostenträgerkennung
 - c) Betriebsstätten-Nummer und lebenslange Arztnummer
 - d) Ausstellungsdatum
 - e) Kennzeichnung der Statusgruppe 8 bzw. 9 sowie des Feldes Begründungspflicht, soweit zutreffend
 - f) Unterschrift des Vertragsarztes
 - g) Vertragsarztstempel oder entsprechender Aufdruck
- (6) Die Apotheken sind zur Nachprüfung der Zugehörigkeit des Versicherten zu der auf der Verordnung angegebenen AOK PLUS nicht verpflichtet. Die auf dem Verordnungsblatt durch den Arzt angegebene AOK PLUS ist gegenüber der liefernden Apotheke zahlungspflichtig. Wenn der Arzt die aufgedruckte namentliche Bezeichnung der Krankenkasse handschriftlich geändert hat, nicht jedoch gleichzeitig auch deren aufgedruckte Kassen-Nummer, soll der Apotheker diese auf dem Verordnungsblatt so streichen, dass diese nicht mehr maschinenlesbar ist. In Fällen handschriftlicher Bezeichnung AOK PLUS ist letztere zahlungspflichtig.
- (7) Bei Verordnungen zur künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V hat der Versicherte eine Kostenbeteiligung in Höhe von 50 Prozent zu leisten. Diese ist vom für den Versicherten maßgeblichen Apothekenverkaufspreis des Arzneimittels zu erheben. Unterliegt das Arzneimittel einer Festbetragsregelung, ist diese die Bemessungsgröße für die Kostenbeteiligung. Das Rezept ist mit der entsprechenden Sonder-PZN zu versehen.
- (8) Der Apotheker ist grundsätzlich nicht verpflichtet, die Zulässigkeit der Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu prüfen.
- (9) Nichtapothekenpflichtige Fertigarzneimittel und Fertigarzneimittel gemäß § 34 Abs. 3 SGB V (Negativliste) und Nichtarzneimittel, außer den in der Anlage 3 genannten, dürfen nicht zu Lasten der AOK PLUS abgegeben werden. Soweit es sich um Arzneimittel der Negativliste mit

einem indikationsbezogenen Ausschluss gemäß Anlage 2 zu § 1 Abs. 2 und § 3 der „Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung“ handelt, hat der Apotheker keine Prüfpflicht. Soweit es sich bei diesen Verordnungen um Sprechstundenbedarfsverordnungen handelt, hat der Apotheker keine Prüfpflicht.

- (10) Fertigarzneimittel nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und 8 SGB V (Lifestyle), die in Anlage II der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V namentlich genannt sind, dürfen nicht zu Lasten der AOK PLUS abgegeben werden, es sei denn, sie sind bei bestimmten Indikationsstellungen zu Lasten der GKV verordnungsfähig.
- (11) Verordnungen von nichtverschreibungspflichtigen Fertigarzneimitteln, die nicht von der Richtlinie nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V erfasst sind (OTC-Übersicht), für Versicherte die das 18. Lebensjahr vollendet haben, dürfen nicht zu Lasten der AOK PLUS beliefert werden. Soweit es sich bei diesen Verordnungen um Sprechstundenbedarfsverordnungen handelt, hat der Apotheker keine Prüfpflicht.
- (12) Voraussetzung für die Abgabefähigkeit zu Lasten der AOK PLUS nach Abs. 9 bis 11 ist, dass das Produkt im Zeitpunkt der Belieferung im ABDA-Artikelstamm nicht als nicht abgabefähiges Produkt gekennzeichnet ist. Die AOK PLUS teilt dem SAV Eintragungen im ABDA-Artikelstamm, die sie für fehlerhaft hält, mit. Der SAV prüft dies umgehend. Ist eine Eintragung fehlerhaft, wirken die Vertragspartner auf eine schnelle Korrektur des Eintrages hin.
- (13) Verordnungen von Medizinprodukten, die nicht nach § 31 Abs. 1 Satz 2 in der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V aufgenommen sind, dürfen nicht zu Lasten der AOK PLUS beliefert werden. Soweit es sich bei diesen Verordnungen um Sprechstundenbedarfsverordnungen handelt, hat der Apotheker keine Prüfpflicht.
- (14) Legt ein Versicherter eine Privatverordnung mit dem Vermerk „mangels Versicherungsnachweis“ vor, so hat der Apotheker bei der Belieferung dieser Verordnung die Bestimmungen dieses Vertrages zu beachten. Der Apotheker ist berechtigt, vom Versicherten Barzahlung zu verlangen. Der Betrag ist zurückzuzahlen, wenn der Versicherte innerhalb von 14 Tagen dafür eine ordnungsgemäß ausgestellte vertragsärztliche Verordnung vorlegt – die Privatverordnung mit dem Vermerk „mangels Versicherungsnachweis“ ist vom Apotheker einzuziehen.
- (15) Eine Verordnung darf nur innerhalb von 28 Tagen nach dem Ausstellungsdatum beliefert werden, soweit der Vertragsarzt keine längere Gültigkeitsdauer auf dem Verordnungsblatt vermerkt hat.

Wenn die Verordnung innerhalb von 28 Tagen nach dem Ausstellungsdatum in der Apotheke vorgelegt wird, jedoch die Belieferung mit dem verordneten Produkt nicht innerhalb dieser Frist erfolgen konnte wird die AOK PLUS gemäß § 6 Abs. 1 Buchstabe d Rahmenvertrag nach § 129 SGB V einen Vergütungsanspruch gewähren, wenn ein entsprechender Vermerk (zur Begründung) mit Vorlagedatum und Lieferdatum aufgetragen ist. Vor der Abgabe ist grundsätzlich Rücksprache mit dem Arzt zu halten.

Es darf keine Belieferung nach Ablauf von drei Monaten nach Ausstellung der Verordnung mehr erfolgen.

Diese Regelung betrifft nicht Verordnungen, für die besondere Vorschriften gelten (z. B. Betäubungsmittelverordnungen, T-Rezepte, Entlassrezepte).

- (16) Verordnungen, bei denen bei Wahrung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt eine Fälschung erkennbar ist, dürfen nicht beliefert werden. Die AOK PLUS ist nicht verpflichtet, Lieferungen aufgrund erkennbar gefälschter Verordnungen zu bezahlen.

- (17) Sofern nicht von einer höherrangigen Regelung schon erfasst (z. B. Hilfstaxe, Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V), regelt Anlage 2 besondere Abgabebestimmungen.
- (18) Werden Fertigarzneimittel in Packungen mit verschieden großem Inhalt in den Verkehr gebracht, so ist die kleinste Packung abzugeben und zu berechnen, sofern die abzugebende Menge nicht in der Verordnung bezeichnet oder (unter-)gesetzlich bestimmt ist. Die Teilabgabe aus Bündel- oder Anstaltspackungen ist nicht erlaubt.
- (19) Wird bei der Verordnung mehrerer Packungen im Rahmen des Sprechstundenbedarfs der Inhalt der nächst größeren Packung erreicht, so ist letztere abzugeben und zu berechnen, sofern der Arzt nicht die Abgabe mehrerer kleiner Packungen auf dem Rezept begründet.
- (20) Verordnungsblätter in Papierform sind Urkunden. In begründeten Ausnahmefällen ist der Apotheker berechtigt, Änderungen hinsichtlich der Menge nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt auf dem Verordnungsblatt nachvollziehbar zu dokumentieren.
- (21) Eine Abgabe und Abrechnung von Verbandstoffen im Rahmen dieses Arzneimittelversorgungsvertrages ist nur möglich, sofern kein Hinweis auf eine Versorgung im Rahmen der Enteralen Ernährung (z. B. „PEG“, „Sonde“, „Sondennahrung“) auf der ärztlichen Verordnung erkennbar ist. Die Abgabe und Abrechnung von Verbandstoffen mit diesem Hinweis sind nur für Apotheken möglich, welche einem Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V diesbezüglich beigetreten sind bzw. einen solchen abgeschlossen haben und erfolgt nach den Bedingungen jenes Vertrages. (Derzeit besteht ein Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln, Sondennahrung und Verbandmitteln zur enteralen Ernährung zwischen der AOK PLUS und dem SAV.)
- (22) Hat der Vertragsarzt ein Fertigarzneimittel unter seinem Produktnamen und/oder seiner Pharmazentralnummer unter Verwendung des aut-idem-Kreuzes verordnet, ist dies im Verhältnis von importiertem Arzneimittel und Bezugsarzneimittel (dasselbe Arzneimittel) mangels arzneimittelrechtlicher Substitution unbeachtlich. Dies gilt nicht, wenn der Arzt vermerkt hat, dass aus medizinisch-therapeutischen Gründen kein Austausch erfolgen darf.
- (23) Analog zu Abs. 22 kann bei Verordnungen mit Fertigarzneimitteln, die von der Substitutionsausschlussliste erfasst sind, ein Austausch zwischen importiertem Arzneimittel und Bezugsarzneimittel (dasselbe Arzneimittel) erfolgen. Reine Wirkstoffverordnungen, ohne Nennung des konkreten Handelsnamens, sind als unklare Verordnung einzustufen. In diesem Fall bedarf es einer vorherigen Abklärung hinsichtlich des tatsächlich abzugebenden Fertigarzneimittels mit dem Verordner nebst Dokumentation auf der Verordnung.

§ 4

Bestimmungen zur Berechnung der Preise

- (1) Die Preise für die Arzneimittel, deren Abgabe nach § 43 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) den Apotheken vorbehalten ist, werden nach den gesetzlichen Bestimmungen in der gültigen Fassung berechnet. Es gelten jeweils die am Tag der Abgabe maßgeblichen Preise im ABDA-Artikelstamm.
- (2) Bei Artikeln, die nicht im ABDA-Artikelstamm mit einem Einkaufspreis aufgeführt sind, ist der Apotheker verpflichtet, die Lieferfirma und den Einkaufspreis auf dem Verordnungsblatt zu vermerken.
- (3) Werden Verbandmittel (Mull, Watte, Zellstoff, Binden, Pflaster usw.) ohne Nennung des Herstellers bzw. des eingetragenen Warenzeichens verordnet, so ist eine preisgünstige Ausführung des Artikels abzugeben. Hersteller und Apothekeneinkaufspreis sind auf der Verordnung zu vermerken, sofern keine Pharmazentralnummer vorhanden ist.

- (4) Auf den Verordnungsblättern werden die Preise einschließlich Mehrwertsteuer angegeben. Die Berechnung von zusätzlichen Entgelten bei Inanspruchnahme des Notdienstes und der Abgabe von Betäubungsmitteln oder Arzneimitteln gemäß § 3a Arzneimittelverschreibungsverordnung richtet sich ausschließlich nach den §§ 6 und 7 der Arzneimittelpreisverordnung.
- (5) Ist die verordnete Menge eines Fertigarzneimittels geringer als der Inhalt der kleinsten im Handel befindlichen Packung, so ist diese zu berechnen. Ein der verordneten Menge und Arzneiform angemessenes Gefäß darf zusätzlich nur berechnet werden, wenn es sich hierbei um eine „sine confectione“ oder Betäubungsmittelverordnung handelt.
- (6) Nicht abgeholte Arzneimittel können der AOK PLUS nur in Rechnung gestellt werden, wenn sie nicht anderweitig verwendbar sind. In diesem Fall ist auf der Verordnung „nicht abgeholt“ zu vermerken.
- (7) Die Zuschläge auf Einkaufspreise für Mittel, die nicht in den Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung fallen, sind in Anlage 3 geregelt. Folgende Höchstpreise werden vereinbart:

Der entstehende Abgabepreis richtet sich maximal für nichtverschreibungspflichtige Mittel nach § 129 Abs. 5 a SGB V (AMPPreisV in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung) und bei verschreibungspflichtigen Mitteln darf der Abgabepreis nicht höher sein, als bei Anwendung der Arzneimittelpreisverordnung in der jeweils gültigen Fassung, der Rabatt nach § 130 SGB V ist dabei nicht zu berücksichtigen.

- (8) Die AOK PLUS übernimmt grundsätzlich keine Kosten für die Beschaffung von Arzneimitteln und weiteren Mitteln gemäß § 1 Abs. 3. Dies gilt auch für die Verordnungen im Sprechstundenbedarf.

Porto, Mindermengenzuschläge und Fernsprechgebühren für Rückfragen wegen ungenauer Verordnungen werden von der AOK PLUS nicht bezahlt und dürfen auch dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

Kosten für die Beschaffung von Arzneimitteln, die üblicherweise weder in Apotheken noch im Großhandel vorrätig gehalten werden oder die medizinisch begründet bei taggleicher Vorlage der Verordnung im Rahmen des Notdienstes zu beschaffen sind, können ohne vorherige Zustimmung bei der AOK PLUS abgerechnet werden. Es sind jedoch nur die tatsächlich entstandenen Kosten abrechnungsfähig. Bei Teillieferungen sind Beschaffungskosten nur einmalig pro Verordnungsblatt abrechnungsfähig. Bei Kosten, die mehr als 7,50 EUR plus Mehrwertsteuer betragen oder die für die Beschaffung von Verbandstoffen, welche nachweislich nicht über den Großhandel verfügbar sind, notwendig sind, ist grundsätzlich Rücksprache mit der AOK PLUS zu halten.

Die Apotheke ist verpflichtet, bei Abrechnung von Beschaffungskosten die Verordnung entsprechend der Technischen Anlage (TA) 1 der Vereinbarung nach § 300 SGB V mit der entsprechenden Sonder-PZN zu kennzeichnen. Bei Nichtbeachtung erfolgt keine Erstattung der Beschaffungskosten durch die AOK PLUS.

- (9) Bei Inanspruchnahme der Apotheke zu den in § 6 Arzneimittelpreisverordnung genannten Zeiten kann ein zusätzliches Entgelt nach § 6 Arzneimittelpreisverordnung berechnet werden, sofern auf dem Verordnungsblatt „noctu“ angekreuzt oder ein ähnlicher Vermerk angebracht ist und die Apotheke in Zeiten ihres Notdienstes in Anspruch genommen wird.

Das zusätzliche Entgelt kann nur bei Inanspruchnahme des Notdienstes für Produkte, die nach diesem Vertrag abgegeben werden dürfen, berechnet werden. Die Uhrzeit der Belieferung ist auf der Verordnung anzugeben.

Beim Fehlen eines Dringlichkeitsvermerks ist das Entgelt vom Abholer zu erheben. Bei gleichzeitiger Vorlage mehrerer Verordnungsblätter ist das Entgelt nur einmal zu berechnen.

Bei Verordnungen von Antiinfektiva (ATC J) und Schmerzmitteln (ATCs M01 bis M03 und N02) kann der Apotheker eine fehlende „noctu-Kennzeichnung“ heilen, wenn ein eindeutiger Notfall vorliegt.

- (10) Gefäße für den Sprechstundenbedarf dürfen der AOK PLUS nicht in Rechnung gestellt werden.
- (11) Ist für Arznei- und Verbandmittel ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt und ist der Verkaufspreis höher als der für dieses Arznei- oder Verbandmittel festgesetzte Festbetrag, ist der AOK PLUS nur der Festbetrag in Rechnung zu stellen. Die Differenz zwischen Festbetrag und empfohlenem Verkaufspreis trägt der Versicherte, es sei denn, es besteht mit der AOK PLUS ein Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V i. V. m. § 31 Abs. 2 Satz 2 SGB V.
- (12) Bei den vereinbarten Zuschlägen bzw. Preisen nach diesem Vertrag und seinen Anlagen handelt es sich um Höchstzuschläge bzw. Höchstpreise. Differenzen, die sich zum Apothekenabgabepreis ergeben, dürfen nicht der AOK PLUS in Rechnung gestellt werden. Dem Versicherten darf die Differenz nur in Rechnung gestellt werden, wenn er eine teurere Versorgung wünscht.
- (13) Gemäß § 129 Abs. 5g SGB V können Apotheken einen Zuschlag für den Botendienst erheben. Dieser kann bei taggleicher Belieferung mehrerer Verordnungen eines Versicherten nur einmal abgerechnet werden.

§ 4a Zusätzliche Bestimmungen für Rezepturen

- (1) Enthält eine Rezeptur ausschließlich Nichtarzneimittel bzw. nichtverschreibungspflichtige Komponenten und sind diese nicht von der Richtlinie nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V (OTC-Übersicht) als Ausnahme erfasst, kann die Rezeptur für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, nicht zu Lasten der AOK PLUS abgegeben werden. Soweit es sich bei diesen Verordnungen um Sprechstundenbedarfsverordnungen handelt, hat der Apotheker keine Prüfpflicht.
- (2) Bei der Verordnung von mehreren Teilmengen einer Rezeptur auf einem Rezept, ist bei der Berechnung des Arbeitspreises und Qualitätszuschlags für Wasser von der gesamten Verordnungsmenge auszugehen, sofern es die Haltbarkeit der Rezepturbestandteile bzw. der Rezeptur zulässt und/oder der Herstellungsprozess nichts Anderes erforderlich macht.
- (3) Bei einer Verordnung einer Rezeptur ist eine Herstellung und Abrechnung von Teilmengen nur zulässig, wenn der Arzt dies ausdrücklich auf der Verordnung dokumentiert hat.
- (4) Bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, muss auf der Verordnung die Zusammensetzung nach Art und Menge nachvollziehbar enthalten sein. Sind Herstellungsvorschriften vorhanden, ist anstelle der Zusammensetzung die Angabe der Kurzbezeichnung (z. B. SR 90, NRF) mit verordneter Zubereitungsmenge ausreichend.

§ 5

Vertragsstrafe bei Nichtabgabe von Rabattarzneimitteln und nicht ausreichender Kennzeichnung in der Abrechnung

- (1) Besteht eine Vereinbarung nach § 130a Abs. 8 SGB V mit Wirkung für die AOK PLUS, so hat die Apotheke die Verpflichtung entsprechend den Regelungen des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB V die Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches rabattbegünstigtes Arzneimittel vorzunehmen.
- (2) Besteht aus den Gründen des § 14 Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V die Möglichkeit zur Abweichung von der Abgaberangfolge und gibt die Apotheke in diesen Fällen ein wirkstoffgleiches nicht rabattbegünstigtes Arzneimittel ab, so hat sie das Rezept mit der in § 14 Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V vorgeschriebenen Kennzeichnung (z. B. Sonderkennzeichen, Vermerk, Abzeichnen, elektronische Signatur) zu versehen.
- (3) Gibt die Apotheke aus den Gründen des § 14 Rahmenvertrag nach § 129 SGB V kein rabattiertes Arzneimittel ab und kennzeichnet die Verordnung nicht mit Vermerk sowie Sonderkennzeichen (§ 6 Abs. 2 (g3 bis 3. Spiegelstrich)), so hat die AOK PLUS pro Verordnungszeile mit Kennzeichnungs-Verstoß Anspruch auf eine Vertragsstrafe nach folgenden Regelungen:

Die Vertragsstrafe wird auf Basis der der AOK PLUS tatsächlich entstandenen Kosten (im Folgenden genannt: „GKV-Netto-Betrag“) berechnet. Der GKV-Netto-Betrag ergibt sich aus dem Apothekenverkaufspreis bzw. dem Festbetrag abzüglich aller gesetzlichen Rabatte gemäß §§ 130 und 130a SGB V und der Zuzahlung.

Die Vertragsstrafe beträgt 13 Prozent des GKV-Netto-Betrages, mindestens jedoch 6,86 EUR.

Die AOK PLUS ist berechtigt, den abgerechneten Bruttobetrag für das abgegebene Mittel je Packung um die Vertragsstrafe zu kürzen. Bei Änderungen des Apothekenabschlags passt sich der Mindest-Kürzungsbetrag entsprechend an.

Die Möglichkeit zur Heilung im Rahmen des Rechnungsbeanstandungsverfahrens gemäß § 9 dieses Vertrages besteht für die Apotheke nach Zugang der Retaxation in der Apotheke nur in folgenden Sachverhalten und ab einem Apothekenverkaufspreis von 230 EUR (brutto) je Packung.

Für den Sachverhalt *„Nichtabgabe Rabattarzneimittel wegen Nichtverfügbarkeit eines rabattbegünstigten Fertigarzneimittels“* besteht die Möglichkeit zur Heilung unter Einreichung von objektivierbarer Nachweise.

Objektivierbare Nachweise in diesem Sachverhalt sind Nachweise zur Nichtverfügbarkeit des rabattbegünstigten Arzneimittels von dem Tag der Abgabe. Nachweise zur Nichtverfügbarkeit, die nach dem Tag der Abgabe eingeholt wurden, werden von der AOK PLUS nicht anerkannt.

Für den Sachverhalt *„Nichtabgabe Rabattarzneimittel wegen sonstiger Bedenken, z. B. pharmazeutischer Bedenken“*, besteht die Möglichkeit zur Heilung unter Einreichung einer sachlichen individuellen Begründung sowie objektivierbarer Nachweise.

Objektivierbare Nachweise in diesem Sachverhalt sind Nachweise der vorausgegangenen ärztlichen Verordnung, der vorausgegangenen medikamentösen Versorgung durch bspw. Auszüge aus Kunden- oder Patientendatei oder des Medikationsplans, welche den Therapieerfolg oder die Therapietreue beeinflussen, die eine abweichende Abgabe im

vorliegenden Fall begründet. Objektivierbare Nachweise können ebenso Besonderheiten der Arzneiform und -charakteristik darstellen, soweit sie der Verordnung widersprechen und mit Angaben im ABDA-Artikelstamm belegbar sind.

Es gelten die Beanstandungs- und Einspruchsfristen gemäß § 9.

- (4) Weitere Vertragsmaßnahmen nach § 12 sind möglich.

§ 6 Zuzahlungen

- (1) Der Apotheker zieht die vom Versicherten zu zahlende Zuzahlung nach § 31 SGB V ein und verrechnet sie mit seinen Zahlungsansprüchen gegenüber der AOK PLUS (§ 43c Abs. 1 SGB V).
- (2) Leistet der Versicherte die Zuzahlung nicht, hat der Apotheker den Versicherten zügig zur Zahlung aufzufordern. Der Versicherte erhält vom Apotheker eine schriftliche Zahlungsaufforderung mit einer Zahlungsfrist von 10 Tagen. Hat der Versicherte nach Ablauf von 14 Kalendertagen nach Versendung der Zahlungsaufforderung keine Zahlung geleistet, kann der Apotheker die Verordnung ohne Ausweisung der Zuzahlung mit der nächstmöglichen Abrechnung abrechnen. Auf der Verordnung ist der Vermerk „Mahnverfahren nach § 43c SGB V“ aufzubringen.

Gemäß § 43c Abs. 1 SGB V erfolgt die Einziehung der noch ausstehenden Forderung gegen den Versicherten durch die AOK PLUS. Der komplette Schriftwechsel zum Mahnverfahren (Verordnungskopie und Mahnung) ist der AOK PLUS zu übergeben.

- (3) Hat der Vertragsarzt bei Vorliegen einer Härtefallbescheinigung (§ 62 SGB V) keine Befreiung von der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung vermerkt, so erhebt der Apotheker nach Kontrolle der Härtefallbescheinigung keinen Kostenanteil und kennzeichnet die Höhe der Zuzahlung mit „0“. Der Apotheker trägt dann auf dem Verordnungsblatt den Vermerk „befreit bis ...“ ein.
- (4) Stellt der Apotheker dem Versicherten eine Quittung aus, auf der neben den Zuzahlungen auch andere Beträge aufgeführt sind, hat der Apotheker die Zuzahlung eindeutig zu kennzeichnen.

Die Quittungen müssen mindestens folgende Angaben enthalten:

- a) Vor- und Nachname des Versicherten
- b) Zahlungsgrund
- c) Zuzahlungsbetrag
- d) Datum der Abgabe
- e) Name und Adresse der Apotheke (Stempel oder Aufdruck).

§ 7 Bestimmungen zur Abrechnung

- (1) Die Abrechnung erfolgt nach den Maßgaben der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Zusätzliche Regelungen enthält die Anlage 5.

- (2) Die Verordnung für Arzneimittel und Hilfsmittel als Einzelverordnungen hat auf separaten Verordnungen zu erfolgen. Liegt der Apotheke keine separate Arzneimittelverordnung vor, so kann nur das Arzneimittel über das Originalrezept über diesen Vertrag abgerechnet werden.

§ 8 Übermittlung der Daten

- (1) Die Übermittlung der Daten erfolgt monatlich, frühestens nach Ablauf des Abgabemonats, jedoch spätestens einen Monat nach Ablauf des Kalendermonats in dem die Lieferung erfolgte.

Die Regelungen der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung gemäß § 300 Abs. 3 SGB V nebens Anlagen (insbesondere TA 3, TA 4 und TA 6) sind einzuhalten.

- (2) Die Verordnungsblätter sind in digitalisierter Form (Images) per Datenfernübertragung bzw. auf einem separaten Datenträger zu übersenden. Die Lieferung erfolgt nach der Vereinbarung nach § 300 SGB V.

§ 9 Beanstandungen

- (1) Die AOK PLUS kann sachliche und rechnerische Beanstandungen nur bis Ablauf des zwölften Monats nach Eingang der rechtsverbindlichen Datensätze (per Datenfernübertragung oder Datenträger) und Images geltend machen. Dabei werden Taxdifferenzen zugunsten oder zuungunsten der AOK PLUS berücksichtigt. Dazu sind Sonderbelege, wie z. B. Therapiepläne, Anlagen und Kostenvoranschläge, zwei Jahre in der Apotheke aufzubewahren und auf Verlangen der AOK PLUS vorzulegen.

- (2) Beanstandungen werden gegenüber der Hauptapotheke geltend gemacht. Die Verrechnung von Differenzen erfolgt bei der zentralen Rezeptabrechnung über das zuständige Rechenzentrum.

- (3) Kopien der beanstandeten Rezepte bzw. deren Print-Images werden von der AOK PLUS der Apotheke unverzüglich zur Überprüfung zugeschickt. Der Einspruch kann mit einer Frist von zwei Monaten nach Eingang der Beanstandung in Textform unter Angabe der PIC-Nummer sowie Angabe von Gründen erfolgen und soll den Namen des Bearbeiters enthalten. Die Apotheke kann zur Durchführung des Einspruchsverfahrens den SAV oder eine andere dritte Stelle beauftragen.

Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Eingang des Einspruches bei der AOK PLUS zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung wird der Apotheke oder im Falle der Beauftragung, dem Dritten, in Textform mitgeteilt. Für die Übermittlung der Schreiben bzw. die Beauftragung sind die Datenschutzregelungen vom Absender bzw. vom Auftraggeber einzuhalten.

Werden diese Fristen überschritten, gelten die Taxdifferenzen bzw. die Einsprüche als anerkannt.

- (4) Die sachlichen und rechnerischen Beanstandungen werden nach Ablauf der Einspruchsfrist bzw. nach Ablehnung des Einspruches bei einer der darauffolgenden Abrechnungen berücksichtigt und mittels Datenlieferung nach TA6 an das Rechenzentrum übermittelt. Der Rabattanspruch gemäß § 130 SGB V für die darauffolgende Abrechnung bleibt jedoch davon unberührt.

Um das Retaxationsverfahren übersichtlicher zu gestalten, vermerkt die AOK PLUS auf dem Fehlerprotokoll, welches dem betreffenden Rechenzentrum zugesandt wird, neben der Angabe des Retaxationsquartals zusätzlich das Datum des ersten Retaxationsschreibens an die Apotheke.

- (5) Bei Rechnungs- und Taxbeanstandungen mit gleich gelagerten Sachverhalten, die eine Vielzahl von Apotheken betreffen, kann das Beanstandungsverfahren abweichend von den Regelungen der Abs. 1 bis 4 auch direkt zwischen der AOK PLUS und dem SAV unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen abgewickelt werden.

Ein Verzicht auf Ansprüche der Apotheker durch den SAV kann dabei nicht wirksam erklärt werden.

- (6) Sofern die AOK PLUS bei Berechnungen, die das Rechenzentrum eigenständig durchgeführt hat, Beanstandungen vornehmen will, können diese auch gegenüber dem Rechenzentrum mitgeteilt werden. Sie gelten als gegenüber der Apotheke abgegeben, wenn in der Beanstandung der auf die jeweils betroffene Apotheke entfallende Beanstandungsbetrag aufgeführt wird. Sofern das Rechenzentrum nicht innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Beanstandung Einspruch gegen die Beanstandung erhebt, kann die sich aus der Beanstandung ergebende Differenz mit der nächsten Rechnungszahlung verrechnet werden. Erhebt das Rechenzentrum Einspruch, gilt der Einspruch als für alle Apotheken dieses Rechenzentrums eingelegt.

Der Einspruch muss in Textform unter Angabe der IK der Apotheken, der PIC-Nummern sowie einer Begründung erfolgen. Die Prüfung von Einsprüchen gegen eine ausgesprochene Beanstandung hat innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Eingang des Einspruches bei der AOK PLUS zu erfolgen. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Rechenzentrum in Textform mitzuteilen. Für die Übermittlung der Schreiben sind die Datenschutzregelungen einzuhalten.

- (7) Die Apotheken sind gegenüber der AOK PLUS verpflichtet, Veränderungen (z. B. Name und Anschrift der Apotheken und deren Filialapotheken, Wechsel der Abrechnungsstelle und Ende der Geschäftstätigkeit) unverzüglich anzuzeigen.
- (8) Das Beanstandungsverfahren gilt nicht für Preis- und Rechnungskorrekturen, welche sich aus zum Abrechnungszeitraum vereinbarungsgemäß nur vorläufig durchgeführten Abrechnungen ergeben. Der SAV soll zur jeweiligen Thematik informiert werden.
- (9) Etwaige Schadenersatzansprüche der AOK PLUS, die aus insbesondere rechtswidrigen Handlungen entstehen, bleiben unberührt.

§ 10

Datenschutz und Verschwiegenheit

- (1) Die Apotheken sind jeweils verpflichtet, die für sie einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen, insbesondere der EU-DSGVO, des SGB, des Landesdatenschutzgesetzes, des BDSG, in der jeweils geltenden Fassung jederzeit einzuhalten.
- (2) Die Apotheken haben die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit unter Berücksichtigung des Standes der Technik gemäß Art. 32 EU-DSGVO, insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO, herzustellen und einzuhalten.

- (3) Die Apotheken verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte (Schweigepflicht) weiterzugeben. Der Schutz der personenbezogenen Daten ist sicherzustellen. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der Schweigepflicht nach den Berufsordnungen und den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Die gesetzlichen oder sonst zulässigen Übermittlungsbefugnisse bleiben unberührt. Die Apotheken stellen sicher, dass ihre Mitarbeiter zur Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten schriftlich verpflichtet wurden. Die Vertraulichkeitsverpflichtung besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Gesetz vorgesehenen oder im Vertrag genannten Aufgaben und Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Die Apotheken sind verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht besteht auch nach Vertragsende dauerhaft fort.
- (6) Die Apotheken und die AOK PLUS sind verpflichtet, sich gegenseitig unverzüglich über an die Aufsichtsbehörde nach Art. 33 EU-DSGVO gemeldete Datenschutzverstöße im Zusammenhang mit diesem Vertrag zu informieren.

§ 11 Vertragsausschuss

- (1) Auf Antrag der AOK PLUS oder des SAV errichten die Vertragsparteien einen Vertragsausschuss, dessen vorrangige Aufgabe es ist, Zweifelsfragen zu klären, die sich aus der Anwendung des Vertrages ergeben.
- (2) Der Vertragsausschuss ist auf Antrag jeder Vertragspartei einzuberufen.
- (3) Der Vertragsausschuss besteht aus zwei stimmberechtigten Vertretern der AOK PLUS sowie einer gleichen Anzahl von Vertretern des SAV. Jede Vertragspartei kann zusätzliche nicht stimmberechtigte Vertreter hinzuladen. Die antragstellende Vertragspartei übernimmt den Vorsitz. Näheres wird in einer Geschäftsordnung geregelt.
- (4) Die Kosten des Vertragsausschusses gehen zu Lasten der entsendenden Stelle. Hat ein Nichtmitglied die Einberufung des Vertragsausschusses veranlasst, so trägt dieses die entstandenen Kosten des SAV.
- (5) Der Vertragsausschuss gibt seine Entscheidung innerhalb eines Monats nach Einberufung schriftlich mit Begründung ab. Sie ist den streitenden wie den vertragsschließenden Parteien mitzuteilen. Der Vertragsausschuss entscheidet mit einfacher Mehrheit. Bei Stimmgleichheit ist der Antrag abgelehnt.

§ 12 Vertragsmaßnahmen

- (1) Bei Verstößen gegen § 129 Abs. 1 SGB V, gegen die Auskunftspflicht nach § 293 Abs. 5 Satz 4 SGB V, gegen den Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V oder gegen diesen Vertrag kann die AOK PLUS nach Anhörung des Betroffenen, bei Mitgliedsapotheken im Benehmen mit dem SAV, Vertragsmaßnahmen entsprechend Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V aussprechen.
- (2) Durch Erwirkung von Vertragsstrafen bleiben etwaige Schadenersatzansprüche der AOK PLUS unberührt.

§ 13 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag einschließlich seiner Anlagen tritt am 1. Oktober 2022 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag vom 1. Februar 2011. Sofern für einzelne Vertragsbestandteile kein anderer Zeitpunkt festgelegt wurde, gilt dieser Vertrag auf unbestimmte Zeit. Er gilt für die Abgaben von Produkten ab dem 1. Oktober 2022. Liegt das Abgabedatum der Produkte vor dem 1. Oktober 2022, gilt der jeweils zum Abgabedatum geltende Arzneimittelversorgungsvertrag.

Die Protokollnotiz zum Arzneimittelversorgungsvertrag vom 4. Februar 2022 (Verordnung von Grippeimpfstoffe der Saison 2022/23) gilt fort und endet automatisch am 30. Juni 2023.

- (2) Der Vertrag kann mit seinen Anlagen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden.
- (3) Die Vereinbarung über Zuschläge auf Einkaufspreise für Mittel, die nicht in den Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung fallen (Anlage 3) und die Vereinbarung über die Preise für Blutzuckerteststreifen (Anlage 4) können gesondert mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Kalenderquartals gekündigt werden.

Ergänzungen oder Anpassungen der Anlagen werden zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich innerhalb von acht Wochen schriftlich vereinbart.

- (4) Die Vertragsparteien vereinbaren eine Fortgeltung des Vertrages und seiner Anlagen für drei Monate nach Vertragsbeendigung, wenn noch kein neuer Vertrag zu Stande gekommen ist. Nach Ablauf dieser Frist kann diese einvernehmlich verlängert werden.

Dies gilt jedoch nur, wenn die Vertragsparteien binnen sechs Wochen nach Bekanntgabe der Kündigung des Vertrages über einen neuen Vertrag in Verhandlung eintreten und diese ernsthaft und nachhaltig betreiben. Entsprechendes gilt für gekündigte Anlagen.

- (5) Besteht die Notwendigkeit, einzelne Bestimmungen dieses Vertrages zu ändern oder gesetzlichen Neuregelungen anzupassen, so werden die Vertragspartner hierüber verhandeln, ohne dass Laufdauer und Gültigkeit des Vertrages im Übrigen beeinflusst werden.

§ 14 Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung oder Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst.

- (2) Sollte eine Bestimmung oder ein Bestandteil dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Geltung dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt.

Die Vertragsparteien sind vielmehr einander verpflichtet, die unwirksame/undurchführbare Bestimmung oder den unwirksamen/undurchführbaren Bestandteil durch eine gesetzlich zulässige Regelung so zu ersetzen, wie es Sinn und Zweck dieses Vertrages entspricht. Das entsprechende gilt für die Schließung von Vertragslücken.

Leipzig/Dresden, den

.....
Sächsischer Apothekerverband e. V.

.....
AOK PLUS