

# **Beck'sches Formularbuch Medizin- und Gesundheitsrecht**

2. Auflage 2022  
ISBN 978-3-406-74531-7  
C.H.BECK

**14.** Sollte die BV, wie im vorliegenden Beispielsvertrag, ambulante und stationäre Leistungserbringer zulassen, sollten diese zur Verdeutlichung des Grundsatzes der **Trennung der Leistungssektoren** auch getrennt aufgeführt werden.

**15.** Auch die vom jeweiligen Leistungserbringer zu erfüllenden **Teilnahmevoraussetzungen** sind von der Art und dem Ziel der jeweiligen BV abhängig. Für teilnehmende Fachärzte kommen als Voraussetzungen insbesondere eine Pflicht zur regelmäßigen (spezifizierten) Fortbildung, die Vorgabe von quartalsmäßigen Mindestbehandlungszahlen von Patienten mit dem der BV zugrunde liegenden Krankheitsbild und das Vorhalten bestimmter Praxiseinrichtung, insbesondere der Vertragssoftware zur Abrechnung, einer qualitätssichernden Software zur Dokumentation von Assessmentparameter, einer onlinenfähigen IT und Internetanbindung und eines BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS) sowie eine Einbindung in die Telematikinfrastruktur. Zudem sollte der teilnehmende Facharzt der Veröffentlichung von Name, Vorname, Anschrift und Telefon-/Faxnummer in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage des Verbands und der Krankenkasse zustimmen. Sollen nach dem Willen der Vertragspartner auch Krankenhausambulanzen mögliche Teilnehmer sein, ist darauf zu achten, dass für diese bestimmte Voraussetzungen nicht gelten können.

Teilnehmende Krankenhäuser sollten sich zur Versorgung einer jährlichen Mindestzahl entsprechender Patienten bereit erklären. Darüber hinaus sollte ebenfalls vertraglich festgehalten werden, dass sich das Krankenhaus der Verpflichtung zur Anstellung eines hauptamtlich tätigen Facharztes in dem jeweiligen Fachbereich verpflichtet. Apparativ-technisch ist ebenfalls das Vorhalten einer qualitätssichernden Software und zudem eines Krankenhausinformationssystem (KIS) zu erklären. Die Zustimmung zur Veröffentlichungspflicht gilt entsprechend.

**16.** Als Einrichtungsträger iSd § 140a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V muss der im vorliegenden Formular als Vertragspartner gewählte Verband rechtlich sicherstellen, dass zugelassene Leistungserbringer ihm gegenüber ohne weiteres zur Behandlung der an der BV teilnehmenden Versicherten verpflichtet sind. Diese Leistungserbringer müssen entweder identifiziert oder aber anhand offensichtlicher Kriterien bestimmt sein. Die Sicherstellung gelingt in der Praxis durch verpflichtende Teilnahmeerklärungen der Leistungserbringer, die eine vertragliche Bindung gegenüber dem Verband begründen. Ein über Berufsverbände lediglich vermitteltes, allgemeines Tätigwerden für bestimmte Gruppen von Ärzten oder Krankenhäusern ist hingegen nicht ausreichend. Auch wenn kein Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem Arzt oder Krankenhaus besteht, muss der Vertrag zwischen Krankenkasse und Einrichtungsträger iSd § 140a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V bestimmend regeln, welche konkreten Leistungserbringer verpflichtet sind, im Einzelfall für den Einrichtungsträger im Bereich der BV tätig zu werden. Diesen Anforderungen genügen weder allgemeine Verweisungen auf geeignete Ärzte, Krankenhäuser etc noch die reine Beitrittsmöglichkeit für Ärzte oder Krankenhäuser.

**17.** Die „Teilnahmeerklärung Leistungserbringer“ ist im Gegensatz zu derjenigen der Versicherten nicht den verbraucherrechtlichen Sonderregelungen unterworfen. Die Vertragspartner sind daher in der Gestaltung dieser Erklärung recht frei. Zweckmäßigerweise sollte sie den teilnahmewilligen Leistungserbringer dennoch kurz über die von ihm zu erfüllenden (Leistungs-, Abrechnungs- und sonstigen) Pflichten informieren und die Kenntnisnahme jeglicher Pflicht durch seine Unterschrift bestätigen lassen. Dabei muss, da zumeist Leistungserbringer verschiedener Sektoren und Fachbereiche an der BV teilnehmen, für jede Leistungserbringerart eine eigene, den Pflichten entsprechende Teilnahmeerklärung verfasst werden.

Darüber hinaus muss sie den Teilnahmewillen und das Einverständnis in die Datenverarbeitung des Leistungserbringers in angemessener Form zum Ausdruck bringen. In

der Erklärung sollte der Leistungserbringer den Vertragsparteien zugleich das Vorliegen der jeweiligen Teilnahmevoraussetzungen bestätigen.

**18.** Auch das formelle Verfahren rund um die Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer ist mangels verbraucherschutzrechtlicher Vorgaben freier regelbar. So kann insbesondere frei bestimmt werden, wie der Anmeldevorgang technisch zu erfolgen hat.

**19.** Eine automatische Beendigung der Teilnahme des Leistungserbringers ohne Kündigungserfordernis sollte insbesondere für das Ruhen bzw. Ende der vertragsärztlichen Zulassung eines niedergelassenen Arztes sowie für die Beendigung der Krankenhauszulassung iSd 108 SGB V vereinbart werden. Der niedergelassene Arzt kann zur Wertsteigerung seiner Praxis ein Interesse haben, dass seinem Praxisnachfolger ein Eintrittsrecht in den Vertrag eingeräumt wird. Entsprechend sollte auch bei Ende einer für den BV-Vertrag relevanten Ermächtigung eines Krankenhausarztes oder einer ärztlich geleiteten Einrichtung eine automatische Beendigung der Teilnahme vorausgesetzt bzw. ein Eintrittsrecht vorgesehen werden. Ebenso soll ausdrücklich geregelt werden, dass die Verlegung der Betriebsstätte in eine andere KV-Region zur sofortigen und automatischen Beendigung der Teilnahme des Leistungserbringers führt. Da die Abrechnung von Leistungen grundsätzlich über die KVen erfolgt und entsprechend auch Leistungen im Rahmen von BV-Verträgen aus der Gesamtvergütung für die jeweilige KV-Region herauszurechnen sind, muss auch die Teilnahme an der BV vom jeweiligen Praxisstandort abhängig sein. Keine Kündigung erfordern sollte die Beendigung der Teilnahme ebenso die Beendigung des BV-Vertrags bzw., bei Koppelung des BV-Vertrags mit einem HzV-Vertrag, die Beendigung dieses HzV-Vertrags für die hierüber an der BV teilnehmenden Ärzte.

**20.** Der Verband sollte sich zudem besondere (nicht abschließende) Gründe vorbehalten, bei deren Eintreten er gegenüber dem teilnehmenden Leistungserbringer berechtigt ist, den mit diesem geschlossenen Vertrag mit sofortiger Wirkung ohne Bindung an eine Frist zu kündigen. Die Krankenkasse sollte ihrerseits sicherstellen, dass der Verband bei Eintreten eines solchen Falls auch die Pflicht zur Kündigung gegenüber dem Leistungserbringer hat.

Als Grund sollten sich die Vertragspartner insbesondere die fehlende bzw. nicht mehr (vollständige) Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen durch den Arzt bzw. das Krankenhaus vorbehalten, außerdem Verstöße gegen das Vertragsarzt-, das Berufs- oder das Strafrecht, wie etwa die Vornahme fehlerhafter oder doppelter Abrechnungen. Hier kann aus Gründen der Verhältnismäßigkeit eine Ausnahme für entschuld bare Versehen im Einzelfall vorgesehen werden, damit der Verband gegenüber der Krankenkasse nicht bei jedem kleinsten Fehler zur Kündigung verpflichtet ist.

Ebenso können Verstöße eines Leistungserbringers gegen wesentliche Vertragspflichten als wichtiger Kündigungsgrund formuliert werden.

Ebenfalls aus Gründen der Verhältnismäßigkeit sollten solchen Kündigungen jedoch regelmäßig Abmahnungen mit der Möglichkeit der Stellungnahme des betroffenen Leistungserbringers vorangehen. Dies ist zudem aus ökonomischen Zwecken geboten, da sich angenommene Gründe später als unzutreffend erweisen können und eine Wiederaufnahme in den Vertrag gegenüber einer kurzen Abmahnung verbunden mit dem Abwarten einer Stellungnahme wesentlich mehr Aufwand erfordert.

**21.** Die Leistungspflichten der ambulanten Leistungserbringer richten sich vornehmlich nach der Art der vereinbarten BV und der durch diese zu behandelnden (chronischen) Krankheit. Hiervon losgelöst sollten sich die ambulanten Leistungserbringer auch krankheitsunspezifischen Sonderpflichten unterwerfen, um die Attraktivität der BV-Form für den Patienten zu steigern. So sollte eine zeitnahe – in dringenden Fällen umgehende –

Terminvergabe sowie die zutreffende Diagnosestellung unter Hinzuziehung bildgebender oder labormedizinischer Verfahren für die Patienten sichergestellt werden. Außerdem sollten einzelne, insbesondere arzneimitteltherapeutische, Therapieschritte in Einklang mit den evidenzbasierten Leitlinien, sowie spezielle Therapieziele bzw. individuelle Zielwerte festgelegt werden. Hierzu und über den Behandlungsplan sollte der Versicherte aufgeklärt und geschult werden. Ärztliche und nicht ärztliche Leistungen und sonstige notwendige Maßnahmen, wie etwa Heil- und Hilfsmittel-, sowie Rehabilitationsmaßnahmen, sind nach Bedarf zu verordnen.

Im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung sieht § 140a Abs. 2 SGB V die Möglichkeit des **Abweichens** von den Vorschriften des Vierten Kapitels SGB V sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen vor. Ebenso kann auch Abweichendes von den im Drittel Kapitel SGB V genannten Leistungen vereinbart werden, soweit sie die in § 11 Abs. 6 SGB V genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20i, 25, 26, 27b, 37a und 37b SGB V sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§§ 135 ff. zitieren) betreffen. Diese Möglichkeit des Abweichens ist jedoch ausschließlich bei Vorliegen der Voraussetzungen der § 140a Abs. 2 S. 3 bis S. 5 SGB V gegeben. So darf der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V über die Eignung der Vertragsinhalte als Leistung der GKV im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V und nach § 137c Abs. 1 SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen haben. Des Weiteren muss die abweichende Regelung gem. § 140a Abs. 2 S. 4 SGB V dem Sinn und der Eigenart der vereinbarten besonderen Versorgung entsprechen und insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, wobei die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge nachweisbar sein muss.

**22.** An dieser Stelle können ebenfalls bereits die besonderen, jeweils krankheitsbezogenen Leistungen, zu denen sich das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet, dargelegt werden, wobei in einer gesonderten Anlage eine explizite Auflistung aller von den teilnehmenden Leistungserbringern zu erbringenden medizinischen und pflegerischen Leistungen erfolgen sollte.

Die Verträge können entsprechend der Regelung zu ambulanten Leistungen auch Abweichendes von den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie des Krankenhausentgeltgesetzes beinhalten.

**23.** Auch die Pflichten zur Kooperation zwischen den Leistungserbringern sind von der jeweils geplanten BV-Form abhängig. Grundsätzlich ist, insbesondere bei interdisziplinär konzipierten Formen integrierter Versorgung, die Verpflichtung vorzusehen, im Rahmen der rechtlichen und technischen Möglichkeiten eine gemeinsame (elektronische) Dokumentation der Leistungen sicherzustellen. Darüber hinaus ist es sinnvoll, einen (fachärztlichen) Leistungserbringer mit der Erstellung und der regelmäßigen Kontrolle eines Therapieplans sowie hiernach vornehmlich den Hausarzt mit der weiteren Koordination der Behandlung des Versicherten, wozu auch die Einschätzung über etwaige weiterhin notwendige medizinische Maßnahmen (Ein- oder Überweisungen) gehört, zu beauftragen. Solche Ein- oder Überweisungen sollten für BV-Patienten auch grundsätzlich an andere hieran teilnehmende Leistungserbringer erfolgen.

**24.** Im Gegensatz zur hausarztzentrierten Versorgung muss die Teilnahme an der BV nicht grundsätzlich jedem versicherten Patienten ermöglicht werden. Durch die spezielle, meist krankheitsspezifische Ausrichtung empfiehlt sich zumeist gerade nur die Teilnahme entsprechend diagnostizierter Personen. Die Teilnahme kann allerdings vertraglich auch jedem Versicherten eröffnet werden. Dies ist insbesondere bei BV-Systemen zu Vorsorgezwecken sinnvoll.

Ferner können den Versicherten bestimmte Teilnahmevoraussetzungen, wie etwa die einjährige Bindung an die Teilnahmeerklärung, und eine damit verbundene Verpflichtung, nur die von der BV vorgesehenen Ärzte aufzusuchen, auferlegt werden.

**25.** Je nach Art und Organisation der BV ist ein für die Patienteninformation und -koordination Zuständiger zu bestimmen. Sind Hausärzte oder spezielle Fachärzte an der BV beteiligt, ist gemeinhin einer dieser beiden Ärzte oder sind beide als koordinierender Leistungserbringer zu bestimmen.

Die Versichertenerklärung sollte neben dem Erklärungsformular eine Patienteninformation zum Datenschutz und einen BV-Musterbeleg enthalten.

**26.** Die konkrete Regelung der Abgabe der Teilnahmeerklärung durch die Patienten und der Verweis hierauf entspricht der gesetzlichen Vorgabe des § 140a Abs. 4 S. 6 SGB V. Die Teilnahmeerklärung soll gem. § 140a Abs. 4 S. 5 SGB V eine Konkretisierung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahmeerklärung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten enthalten.

Die Freiwilligkeit der Teilnahme der Patienten folgt zwingend aus dem Grundsatz der freien Arztwahl. Der Patient muss hierüber vor Abgabe seiner Teilnahmeerklärung informiert werden. Dies sollte idealerweise auch im Rahmen der Teilnahmeerklärung dokumentiert werden.

Die Teilnahmeerklärung hat der teilnahmewillige Patient der Krankenkasse gegenüber in Schriftform oder elektronisch abzugeben (§ 140a Abs. 4 S. 1 SGB V).

Die vertragliche Regelung über das Widerrufsrecht der Patienten muss der gesetzlichen Regelung entsprechen bzw. darf nicht zum Nachteil der Patienten hiervon abweichen. § 140a Abs. 4 sieht für Patienten ein vierzehntägiges Widerrufsrecht ab Abgabe der Teilnahmeerklärung vor, sofern bei Abgabe schon ordnungsgemäß über das Widerrufsrecht belehrt worden ist. Andernfalls beginnt der Lauf der Widerrufsfrist erst mit wirksamer Belehrung, die schriftlich oder elektronisch zu erfolgen hat. Die Frist entspricht der Widerrufsfrist beim Abschluss von Verbraucherverträgen gem. § 355 Abs. 2 BGB. Einen Grund für den Widerruf hat der Patient nicht vorzuweisen. § 140a Abs. 4 S. 3 SGB V sieht außerdem vor, dass zur Fristwahrung schon die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse ausreicht.

Frei ist die Krankenkasse allerdings darin, die Inanspruchnahme des Versorgungsangebots im Rahmen der BV für die Patienten von besonderen Voraussetzungen wie etwa dessen Einwilligung in die Einsichtnahme aller beteiligten Leistungserbringer in seine Patientenunterlagen oder dessen Verpflichtungserklärung, künftig ausschließlich die an der BV teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, abhängig zu machen.

**27.** Hierfür sind alle in Betracht kommenden Zeitpunkte der Vertragsbeendigung aufzuzählen. Hierzu gehören etwa der Tag des Widerrufs der Einwilligung in die Teilnahme, das Ende des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der Krankenkasse sowie das Ende der Behandlung nach diesem Vertrag oder das Ende des BV-Vertrags. Zudem kommen für die Beendigung die Kündigungserklärung des Versicherten sowie der sichere Ausschluss der Verdachtsdiagnose spätestens innerhalb von zwei Quartalen nach Übermittlung der Verdachtsdiagnose durch den Hausarzt zum Ende des laufenden Quartals in Betracht.

**28.** Wird der Vertrag unter Hinzuziehung eines Verbands, einer Tochtergesellschaft des Verbandes oder einer anderen Management-Gesellschaft geschlossen, können ihm **spezielle Organisationspflichten** auferlegt werden. Hierzu können vor allem die Bekanntgabe des jeweiligen Vertrags und die Erläuterung der Teilnahmemöglichkeiten in seinen

Veröffentlichungsorganen, einschließlich des Versands der Informationsunterlagen gehören. Ferner kann er zur Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen der Leistungserbringer berechtigt und verpflichtet werden und Prüf- und Dokumentationspflichten bezüglich der Teilnahmevoraussetzungen und -berechtigungen übernehmen. Überprüfungen sollten hierbei nicht lediglich vor der Aufnahme des jeweiligen Leistungserbringers stattfinden, sondern im Verlauf der Teilnahme jedenfalls stichprobenartig fortgeführt werden. Des Weiteren kann der Verband für die Übernahme der Pflege und Bereitstellung der Verzeichnisse der teilnehmenden Leistungserbringer sowie einer regelmäßigen elektronischen Versendung der Verzeichnisse an die Krankenkasse und die Entgegennahme von Kündigungen der Leistungserbringer zur Beendigung ihrer Teilnahme an der BV und Information der Krankenkasse über die Beendigung bestimmt werden.

**29.** Eine ausdrückliche gesetzliche Informationspflicht der Krankenkassen ergab sich vor Inkrafttreten des GKV-VSG aus § 140a Abs. 3 SGB V aF. Diese Norm hat der Gesetzgeber mit dem Hinweis gestrichen, die Informationspflicht der Krankenkasse ergebe sich bereits aus ihrer allgemeinen Auskunftspflicht und Beratungspflicht gem. §§ 13 ff. SGB I. Er verweist im Übrigen darauf, dass für Krankenkassen schon ein Eigeninteresse daran bestehe, zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen über eigene besondere Versorgungsformen zu informieren (BT-Drs. 18/4095, 127).

**30.** Den (vorläufigen) Verzicht auf den Abschluss eines Bereinigungsvertrags sieht § 140a Abs. 6 S. 2 SGB V für die Fälle vor, in denen das voraussichtliche Bereinigungsvolumen der Krankenkasse geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung.

**31.** Die im Rahmen der BV erbrachten Leistungen sind auch BV-spezifisch unter Bereinigung der Gesamtvergütung nach § 87a Abs. 3 S. 2 SGB V zu vergüten. Für die Bereinigung gilt § 73b Abs. 7 gem. § 140a Abs. 6 S. 1 1. HS. SGB V entsprechend.

Auf eine Bereinigung des Gesamtbedarfs können die Krankenkassen verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen der Krankenkasse geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung, § 140a Abs. 6 S. 2 SGB V. Der Bewertungsausschuss hat hierfür in seinen Vorgaben gem. § 87a Abs. 5 S. 7 einen Schwellenwert für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen vorzugeben, unterhalb dessen von einer Bereinigung abgesehen werden kann (§ 140a Abs. 6 S. 2 SGB V iVm § 140a Abs. 6 S. 3 SGB V).

Gem. § 140a Abs. 6 S. 1 2. HS. SGB V kann auch eine rückwirkende Bereinigung vereinbart werden, sofern eine Vorabinschreibung der teilnehmenden Versicherten nicht möglich ist.

**32.** Gem. § 71 Abs. 6 SGB V gewährt der zuständigen Aufsichtsbehörde unter Erweiterung der allgemeinen Aufsichtsbefugnis gem. §§ 87 ff. SGB IV spezialgesetzlich ein strenges **repressives Recht zur Vertragsaufsicht**. Im Zuge dessen können bei erheblichen Rechtsverletzungen alle geeigneten Anordnungen getroffen werden, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet und erforderlich sind. § 71 Abs. 6 S. 2 SGB V sieht diesbezüglich insbesondere das Recht der Aufsichtsbehörde vor, den Vertrag zu ändern oder aufzuheben, was der Krankenkasse wiederum ein außerordentliches Kündigungsrecht eröffnet. Besteht die Gefahr eines schweren, nicht wieder gutzumachenden Schadens – insbesondere für die Belange der Versicherten –, kann die Aufsichtsbehörde einstweilige Maßnahmen anordnen. Möglich ist zudem die Verhängung eines Zwangsgelds von bis zu EUR 10 Mio. zugunsten des Gesundheitsfonds nach § 271 SGB V.

Die Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/4095, 83) nimmt das Vorliegen einer **erheblichen Rechtsverletzung** jedenfalls dann an, wenn diese sich nachhaltig beeinträchtigend



auf die Belange der Versicherten oder der Leistungserbringer auswirkt. Hierfür zeigt sie eine Reihe von Beispielen auf, wozu etwa die Verschwendung von Mitgliederbeiträgen durch einen zweckwidrigen Einsatz in erheblichem Umfang gehört. Ebenso wird von einer Rechtsverletzung ausgegangen, wenn Vertragsbedingungen aus sachwidrigen Erwägungen so ausgestaltet worden sind, dass bestimmte Versicherte etwa wegen ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes diskriminiert, konkurrierende Leistungserbringer vom Leistungsangebot ausgeschlossen oder zwingende gesetzliche Vorgaben oder Richtlinienbestimmungen über die Leistungserbringung (zB Leistungsausschlüsse oder Qualitäts- oder Qualifikationsanforderungen) ignoriert wurden. Die Darstellung der Gesetzesbegründung ist dabei nicht als abschließend zu werten. Umfassend: *Plate/Herbst* NZS 2016, 488.

Die allgemeinen sozialrechtlichen Möglichkeiten der Versicherten und Leistungserbringer, sich gegen Rechtsverletzungen durch Krankenkassen zu wehren, sowie mögliche wettbewerbsrechtliche Unterlassungsansprüche von Krankenkassen untereinander im Mitglieder- und Vertragswettbewerb bleiben von den Aufsichtsbefugnissen der Aufsichtsbehörde unberührt. Ferner werden hierdurch auch nicht die Befugnisse der Kartellbehörden beschränkt. Mangels drittschützender Wirkung der Vorschrift bewirkt sie allerdings auch keine Anfechtungsbefugnis Dritter, wie etwa der Vertragspartner der Krankenkassen, gegen ausgesprochene Aufsichtsordnungen, sofern der Dritte nicht in dem ihm gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereich betroffen wird.

Die in § 71 Abs. 5 SGB V vorgesehene **Übermittlungspflicht** der jeweiligen Verträge an die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde desjenigen Landes, in dem der Vertrag wirksam wird, begründet hierbei kein eigenes Beanstandungsrecht. Diese stellt lediglich sicher, dass sich die Bundesländer einen Überblick über die in ihrem Land geltenden vertraglichen Regelungen verschaffen und auf diese Weise ihrer Pflicht zur Gewährleistung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung in ihrem Land besser Rechnung tragen können (BT-Drs. 16/4247, 36; BT-Drs. 17/6906, 55). Die Übermittlungspflicht ist daher auch auf Fälle beschränkt, in denen die oberste Verwaltungsbehörde nicht ohnehin die Aufsicht über die vertragsschließende Krankenkasse führt.

Die Pflicht zur Vorlage bei der zuständigen Aufsichtsbehörde mit der Folge einer **zweimonatigen Beanstandungsfrist** gem. § 71 Abs. 4 S. 3 SGB V aF als präventives Aufsichtsrecht hat der Gesetzgeber durch das GKV-VSG für Verträge nach § 140a SGB V zu Vermeidung von Verzögerungen gestrichen.

**33.** Der Vertrag sollte eine – nicht abschließende – Auflistung von Sachverhalten enthalten, die bei ihrem Vorliegen schon ohne weiteres einen **wichtigen Kündigungsgrund** darstellen. Als solcher kommt etwa ein Verstoß des Vertragspartners gegen eine ihm nach dem Vertrag obliegende wesentliche datenschutzrechtliche Verpflichtung, der nicht innerhalb von einem Monat nach Zugang einer schriftlichen Aufforderung, beseitigt wird. Des Weiteren sollte aus wirtschaftlichen Erwägungen die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Krankenkasse oder des Verbands bzw. die Beantragung der Durchführung eines Insolvenzverfahrens in eigener Sache durch den Verband oder die Krankenkasse als wichtiger Grund festgelegt werden. Zudem kommt als solcher auch eine Beanstandung des Vertrags durch das Bundesversicherungsamt nach Inkrafttreten des Vertrags, der nicht durch eine Vertragsanpassung begegnet werden kann oder wenn der Vertragspartner die notwendige Vertragsanpassung verweigert. Ferner kann eine bedarfsunangemessene Umsetzung des Versorgungsauftrags aus dem Vertrag über einen Zeitraum von wenigstens sechs Monaten nach Inkrafttreten des Vertrags als wichtiger Grund eingestuft werden. Als unangemessen sollte dabei eine Versorgung definiert werden, in der die fachärztliche Betreuung nach dem Vertrag nicht für eine bestimmte prozentuale Anzahl der teilnehmenden Versicherten durch öffentliche Verkehrsmittel in einer festzulegenden Höchstdauer zu erreichen ist. Hierbei sollte eine Orientierung am

Begriff der Unterversorgung stattfinden. Bei Feststellung einer Unterversorgung sollte die Pflicht der Vertragspartner festgehalten werden, unverzüglich über geeignete Maßnahmen zu verhandeln.

**34.** Das Thema Datenschutz spielt im Rahmen der BV, wie auch im übrigen Bereich des Medizinrechts, eine extrem große Rolle. § 140a SGB V selbst sieht hierzu in seinem Abs. 5 vor, dass die Verarbeitung der für die Durchführung der BV-Verträge erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen darf.

**35.** Der gewöhnlich recht große Umfang eines BV-Vertrags inklusive seiner Anlagen gebietet zu Übersichtlichkeitszwecken die Erstellung eines Anlagenverzeichnisses. Den im Vertrag bereits benannten Anlagen können weitere hinzugefügt werden, um den Vertragstext zu verschlanken oder gewisse Flexibilität – unter Berücksichtigung der Rechtssicherheit und des Patientenschutzes – sicherzustellen.

**36.** Die Autoren danken Frau Sarah Johnen, LL.M. (Medizinrecht) für die wertvolle Unterstützung bei der Erstellung dieses Kapitels.

### 3. Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung, § 73b SGB V

#### Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V<sup>1</sup>

zwischen

. . . . . [Name und Anschrift der vertragsschließenden Krankenkasse]<sup>2</sup> „Krankenkasse“,  
vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch seine/n Vorsitzende/n, Frau/Herrn  
. . . . .,

und

. . . . . [Name und Anschrift der teilnehmenden Gemeinschaft gem. § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V<sup>3</sup>] „Verband“,

vertreten durch die Vorsitzende/den Vorsitzenden . . . . .,

sowie

. . . . .<sup>4</sup> [Name und Anschrift der den Vertrag durchführenden Dienstleistungsgesellschaft] „Dienstleistungsgesellschaft“,

vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch seine/n Vorsitzende/n, Frau/Herrn  
. . . . .,

als Dienstleistungsgesellschaft des Verbands.

#### Präambel

Entsprechend ihrer gesetzlichen Verpflichtung gem. § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V beabsichtigt die Krankenkasse durch Vertragsschluss mit einer Gemeinschaft im Sinne des § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V ihren Versicherten vom . . . . . an eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) („HzV“) anzubieten.<sup>5</sup>



Durch diesen Vertrag soll die hausärztliche Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung . . . . . (nachfolgend „KV“) optimiert werden. Ziel der Krankenkasse und des Verbands ist eine flächendeckende, leitlinienorientierte und qualitätsgesicherte Versorgungssteuerung sowie eine darauf basierende Verbesserung der medizinischen Versorgung der Versicherten der Krankenkasse. Durch die Bindung der Versicherten an einen Hausarzt wird eine zielgenauere Leistungssteuerung erreicht. Durch die dementsprechende Vermeidung von Doppeluntersuchungen und eine rationale und transparente Pharmakotherapie streben die HzV-Partner die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven an.<sup>6</sup>

. . . . .<sup>7</sup>

Die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte und hausärztlich tätigen Internisten („HzV-Ärzte“) haben vor Aufnahme der Verhandlungen mit der Krankenkasse ausdrücklich ihr Einverständnis erklärt, dass die Dienstleistungsgesellschaft an dem Abschluss und der Durchführung dieses Vertrags beteiligt wird.<sup>8</sup>

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die HzV-Partner das Folgende:

### § 1 Allgemeines<sup>9</sup>

(1) Soweit auf Paragraphen oder Anlagen Bezug genommen wird, handelt es sich um solche dieses HzV-Vertrags bzw. um seine Anlagen, die ebenfalls Vertragsbestandteil sind.

(2) „HzV“ ist das Angebot einer besonderen hausärztlichen Versorgung für Versicherte der Krankenkasse nach Maßgabe dieses HzV-Vertrags. Einzelheiten ergeben sich insbesondere aus § 3 iVm den Anlagen 1<sup>10</sup> und 2.<sup>11</sup>

(3) „HzV-Arzt“ im Sinne dieses Vertrags ist ein im Bezirk der KV . . . . . zugelassener Hausarzt, der an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V teilnimmt und diesem Vertrag beigetreten ist.

(4) „HzV-Partner“ sind die Krankenkasse, der Verband, die Dienstleistungsgesellschaft sowie der jeweilige HzV-Arzt.

(5) „HzV-Versicherte“ im Sinne dieses Vertrags sind die Versicherten der Krankenkasse, die von der Krankenkasse in das HzV-Versichertenverzeichnis aufgenommen und gem. § 9 Abs. 2 bekannt gegeben wurden.

(6) „HzV-Vergütung“ ist die Vergütung des HzV-Arztes für die gem. § 10 Abs. 1 iVm Anlage 3<sup>12</sup> gegenüber den HzV-Versicherten erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten hausärztlichen Leistungen.

### § 2 Vertragsgegenstand<sup>13</sup>

(1) Gegenstand dieses Vertrags ist die Umsetzung der HzV für sämtliche Versicherte der Krankenkasse. Das zentrale Element der HzV ist die primärärztliche Versorgung sowie die Koordinierung ärztlicher Leistungen durch den HzV-Arzt.<sup>14</sup>

(2) Die Teilnahme der Versicherten an der HzV ist freiwillig. Die Versicherten können ihre Teilnahme an der HzV durch gesonderte Erklärung gegenüber der Krankenkasse („Teilnahmeerklärung Versicherte“) beantragen.<sup>15</sup>

(3) Der Verband organisiert die Teilnahme des jeweiligen HzV-Arztes an der HzV und nimmt für ihn die Abrechnung der HzV-Vergütung nach den §§ 10 bis 15 sowie der Anlage 3<sup>12</sup> gegenüber der Krankenkasse vor. Der Verband ist daher nach Maßgabe dieses