

Beck'sches Formularbuch Medizin- und Gesundheitsrecht

Bearbeitet von

Prof. Dr. Karsten Scholz, Dr. Oliver Treptow, Wolf Constantin Bartha, Dr. Aaron Bogan, Dr. Matthias Dann, Dr. Martin Greiff, Dr. Oliver Kirschner, Dr. Oliver Klöck, Christian Krapohl, Karolina Lange, Dr. Holger Lüders, Dr. Kyrill Makoski, Helmut H. Müller, Svenja Nolting, Xiaowen Paulus-Ye, Peter Peikert, Christopher Peine, Daniela Röhrig, Jürgen Schröder, Dr. Sabine Schröter, Daniel Sobotta, Dr. Bernhard Specker, Prof. Dr. Andreas Spickhoff, Michael Stein, Dr. Tibor Szabados, Dr. Quirin Vergho, Dr. Heike Wachenhausen, Dr. Cornelius Weitbrecht, Dr. Nicolai Wiegand

1. Auflage 2017. Buch. Rund 900 S. Mit Formularen zum Download. In Leinen

ISBN 978 3 406 69697 8

Format (B x L): 16,0 x 24,0 cm

[Recht > Öffentliches Recht > Medizinrecht, Gesundheitsrecht](#)

Zu [Inhalts-](#) und [Sachverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text "beck-shop.de" in a bold, red, sans-serif font. Above the "i" in "shop" are three red dots of increasing size. Below the main text, the words "DIE FACHBUCHHANDLUNG" are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

mungen oder sonstigen für das Vertragsverhältnis wesentlichen Umständen ergeben können, vorausgesehen und erschöpfend geregelt werden können. Sie sichern sich gegenseitig zu, die in diesem HzV-Vertrag getroffenen Vereinbarungen in diesem Sinne zu erfüllen und etwa in Zukunft eintretenden Änderungen der Verhältnisse oder völlig neu eintretenden Umständen nach den Grundsätzen von Treu und Glauben Rechnung zu tragen. Die Krankenkasse, der Verband und die Dienstleistungsgesellschaft stimmen insbesondere darin überein, dass die in diesem HzV-Vertrag genannten Fristen zur gegenseitigen Lieferung von Daten und Informationen einvernehmlich anzupassen sind, wenn sich praktische Abläufe oder gesetzliche Vorgaben verändern. Die Krankenkasse, der Verband und die Dienstleistungsgesellschaft werden sich bemühen, Informationen und Unterlagen gegenseitig jeweils so frühzeitig wie möglich zur Verfügung zu stellen, um eine möglichst frühzeitige Information der Hausärzte sicherzustellen.

(3) Sollten einzelne Bestimmungen dieses HzV-Vertrags ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die Krankenkasse und der Verband verpflichten sich in diesem Fall, die unwirksame oder undurchführbare Regelung durch eine Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Regelung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken. In einem solchen Fall findet das in § 18 vorgesehene Verfahren zur Vertragsänderung Anwendung.

(4) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem HzV-Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.

(5) Keine Regelung in diesem HzV-Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den HzV-Partnern begründen.

§ 23 Anlagenverzeichnis

.....³⁵

.....

(Unterschriften der Beteiligten)³⁶

Anmerkungen

1. Allgemeines. Das Formular enthält Regelungen für den Abschluss eines Vertrags zur hausarztzentrierten Versorgung. Der HzV-Vertrag ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag iSd § 53 Abs. 1 S. 1 SGB X, da das Vertragsarztrecht als Teil des Leistungserbringungsrechts iSd § 69 SGB V durch das SGB V umfassend öffentlich-rechtlich ausgestaltet ist. Grundlegend zu Verträgen über eine hausarztzentrierte Versorgung *Mehdorn* ZMGR 2012, 3.

Die Pflicht jeder Krankenkasse, ihren Versicherten eine HzV anzubieten, ergibt sich direkt aus § 73b Abs. 1 und Abs. 4 S. 1 SGB V. Diese Versorgung hat neben dem Grundmodell der hausärztlichen Versorgung aus § 73 Abs. 1–1c SGB V und den Modellvorhaben nach §§ 63 ff. SGB V zu erfolgen, um den schnellen Aufbau einer flächendeckenden Versorgung zu gewährleisten, Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versorgungsformen zu schaffen und zu fördern und jeden Patienten entsprechend seiner Erfordernisse behandeln zu können.

Bei der Formulierung eines solchen Vertrags sind die strengen gesetzlichen Vorgaben des § 73b SGB V, insbesondere des § 73b Abs. 2 SGB V, genauestens zu beachten, da die Aufsichtsbehörde ansonsten gem. § 71 Abs. 6 S. 1 SGB V repressive Aufsichtsmaßnahmen ergreifen kann. Hierzu gehören alle Anordnungen, die für eine sofortige Behebung der Rechtsverletzung geeignet oder erforderlich sind, nach § 71 Abs. 6 S. 2 SGB V insbesondere die Anordnung der Vertragsänderung oder der Vertragsaufhebung. Umfassend zur Thematik: *Plate/Herbst NZS 2016, 488*. Der Krankenkasse steht bei einer solchen Änderung nach § 71 Abs. 6 S. 3 SGB V ein außerordentliches Kündigungsrecht zu. Bei Vorliegen der Gefahr eines Schwers, nicht wieder gutzumachenden Schadens insbesondere für die Belange der Versicherten, kann die Aufsichtsbehörde einstweilige Maßnahmen anordnen, § 71 Abs. 6 S. 4 SGB V. Hierzu gehört insbesondere auch die Festsetzung eines Zwangsgelds bis zu einer Höhe von EUR 10 Mio. zugunsten des Gesundheitsfonds (§ 271 SGB V), § 71 Abs. 6 S. 5 SGB V. Die erhebliche Rechtsverletzung kann auch noch nach deren Beendigung festgestellt werden. Da es sich bei der HzV um eine Sonderform der hausärztlichen Versorgung handelt, sind über die Spezialvorgaben des § 73b SGB V hinaus auch die allgemeinen Voraussetzungen des § 73 Abs. 1 S. 2 SGB V anzuwenden.

In dem Umfang, in dem die Krankenkassen die hausärztliche Versorgung durch den Abschluss von HzV-Verträgen durchführen, findet eine Substitution des Sicherstellungsauftrags der KVen (§ 75 Abs. 1 SGB V) statt. Dies ergibt sich aus § 73b Abs. 4 S. 6 SGB V.

Beim Abschluss von HzV-Verträgen ergibt sich weder aus dem Sozialrecht noch aus dem nationalen oder europäischen Vergaberecht eine Pflicht zur öffentlichen Ausschreibung. Europäisches Wettbewerbsrecht ist wegen der Zwischenstaatsklausel des Vertragsarztrechts nicht anwendbar, womit § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V, der eine Kooperation mit anderen Krankenkassen erlaubt, keinen Verstoß gegen Art. 101, 102 AEUV darstellt.

Früher konnte gem. § 73b Abs. 4 S. 6 und 7 SGB V aF der selektivvertragliche, hausarztzentrierte Notdienst aus Praktikabilitätsgründen gegen Vergütung durch die KVen sichergestellt werden. Dies gilt heute nicht mehr. Gemäß § 73b Abs. 4 S. 7 SGB V nF gilt die Substitution des Sicherstellungsauftrags durch selektivvertragliche hausarztzentrierte Systeme nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Die Organisation der Notdienste obliegt daher heute allein den KVen unter Einbeziehung der Krankenhäuser gem. § 75 Abs. 1b SGB V.

2. Die inhaltliche Konkretisierung der Verträge zur HzV obliegt den Gesamtvertragspartnern und kann je nach Krankenkasse, aber auch kassenübergreifend erfolgen.

3. Vom Gesetzgeber war die HzV zu Anfang ausschließlich als selektivvertragliches System geplant. Mangels Zustandekommen einer flächendeckenden Versorgung auf diesem Wege entschloss er sich im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 dazu, den § 73b SGB V neu zu fassen, und verpflichtete Krankenkassen, fortan bis zum 30.6.2009 gleich mit ganzen vertraglichen Gemeinschaften der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzten zu kontrahieren. Hierdurch wurde also die selektivvertragliche Organisation zu Gunsten der Begründung eines Monopols der Allgemeinärzterverbände beendet.

Von einer solchen Gemeinschaft muss gem. § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V mindestens die Hälfte der zugelassenen Allgemeinärzte des Bezirks der jeweiligen KV vertreten werden. Hierzu zählen nach dem ausdrücklichen Gesetzeswortlaut nicht die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten und Praktischen Ärzte. Begründet wird dies mit der Vorrangstellung der Allgemeinärzte (vgl. hierzu bereits § 103 Abs. 4 S. 5 SGB V), die durch eine fünfjährige Weiterbildungszeit (§ 95a Abs. 2 SGB V) die von der HzV geforderten besonderen Qualifikationen gewährleisten können. Das Vorliegen der Voraussetzungen des § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V hat die Krankenkasse gem. § 29 Abs. 3 SGB IV iVm § 20 SGB X von Amts wegen zu prüfen. Die teilnahmewilligen bzw. teilnehmen-

den Verbände haben hierzu vor Vertragsschluss und auch nach Vertragsschluss regelmäßig aktuelle Mietgliederverzeichnisse vorzulegen.

Gemeinschaften im Sinne dieser Vorschrift sind privatrechtlich organisiert. Nach dem Abschluss des HzV-Vertrags können einzelne Hausärzte jederzeit den vertragsbeteiligten Verbänden beitreten und sich auf diese Weise auch nachträglich an der hausarztzentrierten Versorgung beteiligen.

Die Vertretung der Allgemeinärzte durch die Gemeinschaft erfolgt nicht erst im Rahmen von § 164 BGB, sondern bereits durch die reine Mitgliedschaft an dieser Gemeinschaft, die für sich selbst und nicht unter Bevollmächtigung der teilnehmenden Ärzte den Pflichtvertrag mit den Krankenkassen abschließt. Eine Delegation des Vertragsabschlusses durch die Gemeinschaft auf Dritte, insbesondere Managementgesellschaften, ist nicht möglich.

4. In der Praxis empfiehlt sich zudem die Einbeziehung einer Dienstleistungsgesellschaft, welche die vertragliche Organisation im Rahmen der HzV übernimmt.

5. Vorab kann hier verdeutlicht werden, dass der nachfolgende Vertrag geschlossen wird, um der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkasse aus § 73b Abs. 4 S. 1 SGB V nachzukommen.

6. Das Verfassen einer Präambel bietet den Vertragsparteien insbesondere die Möglichkeit, den mit dem abgeschlossenen Vertrag verfolgten Zweck vorab zu verdeutlichen. Das Voranstellen des Zwecks hilft vor allem bei etwaigen Auslegungsfragen innerhalb des Vertrags weiter, da diese stets im Sinne des Vertragszwecks zu entscheiden sind.

7. Die Präambel sollte zudem genutzt werden, um kurze Erläuterungen zu den teilnehmenden Partnern des HzV-Vertrags - insbesondere zum jeweils teilnehmenden Verband - voranzustellen.

8. Ebenfalls können kurze Erläuterungen zur Dienstleistungsgesellschaft und gegebenenfalls zur Mitgliedschaft des teilnehmenden Verbands an der Dienstleistungsgesellschaft vorausgeschickt werden. Im Rahmen dieser Erläuterungen sollte verdeutlicht werden, dass die teilnehmenden Vertragsärzte, die nicht persönlich, sondern nur als Mitglieder des jeweils teilnehmenden Verbands, Partner des HzV-Vertrags sind, mit der Einschaltung einer Dienstleistungsgesellschaft einverstanden sind.

9. Vorangestellt werden sollte dem Vertrag eine Klausel zur Festlegung und Definition der im Vertrag und seinen Anlagen verwendeten Begriffe. Hierbei können zunächst allgemeine Verweisungen und Bezugnahmen, und im Folgenden alle relevanten, häufig verwendeten Begriffe geklärt werden.

10. Die Anlage 1 zum HzV-Vertrag sollte detaillierte Erläuterungen bezüglich der zur Durchführung des Vertrags einschließlich der Abrechnung von den teilnehmenden Hausärzten verpflichtend zu verwendenden Vertragssoftware enthalten.

Die verwendeten Softwareprogramme sollten folgende vertragspezifische –insbesondere arzneimittelrechtliche – Vorgaben aufweisen: Sie sollten frei sein von pharmazeutischer Werbung (insbesondere Werbung von Arzneimittelherstellern) im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln und darüber hinaus die Vorgaben des § 73 Abs. 8 S. 7 SGB V einhalten. Eine Zulassung von Vertragssoftware durch die KBV ist allerdings abweichend von § 73 Abs. 8 S. 7 SGB V nicht erforderlich.

Da die Anforderungen an die Softwareprogramme mit dem technischen Fortschritt ständig steigen, sollten die teilnehmenden Hausärzten hierüber regelmäßig informiert werden.

11. Anlage 2 kann Einzelheiten zu den Qualifikations- und Qualitätsanforderungen enthalten, die im Rahmen der HzV an die teilnehmenden Hausärzte gestellt werden.

So ist etwa die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 73b Abs. 2 Nr. 1 SGB V) vorauszusetzen. Der Verband sollte hierbei Struktur und Inhalt der Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie festlegen, die zur Erfüllung der Pflichten nach § 3 des HzV-Vertrags erforderlich sind. Orientierungsmöglichkeit hierfür können die Minimodule des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IhF) e.V. bieten. Die die Qualitätszirkel leitenden Moderatoren sollten durch eine spezielle Schulung für die Fortbildung in der HzV besonders qualifiziert sein. Die Schulung kann etwa durch das IhF übernommen werden. Eine realistische Zahl notwendiger Teilnahmen für Hausärzte beträgt drei Qualitätszirkelsitzungen pro Kalenderjahr, bzw. bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme je ein Qualitätszirkel pro vollendetem Quartal.

Die Behandlung der Patienten hat sich für an der HzV teilnehmende Hausärzte an den für die hausärztliche Versorgung entwickelten evidenzbasierten praxiserprobten Leitlinien (§ 73b Abs. 2 Nr. 2 SGB V) zu orientieren. Der Verband kann hierfür bestimmte Leitlinien auswählen und stets weiterentwickeln. Eine Liste dieser Behandlungsleitlinien ist den teilnehmenden Hausärzten in ihrer jeweils aktuellen Fassung mitzuteilen. Für die Anpassung dieser Liste sollte sich der Verband schon im Vorhinein die Zustimmung der teilnehmenden Hausärzte sichern.

Die Notwendigkeit der Erfüllung von Fortbildungspflichten ergibt sich schon für jeden Vertragsarzt aus § 95d SGB V (→ Form. A. III. 5). Im Rahmen der HzV-Teilnahme kann diese Fortbildungspflicht konkretisiert werden. Pro Kalenderjahr ist dabei der Besuch von zwei Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen der strukturierten hausärztlichen Fortbildung (ShF), bzw. bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme eine Fortbildungsveranstaltung je Kalenderhalbjahr realistisch. Fortbildungsinhalte, insbesondere zur patientenzentrierten Gesprächstherapie, psychosomatischen Grundversorgung, Palliativmedizin, Allgemeinen Schmerztherapie, Geriatrie und Pädiatrie sind durch den teilnehmenden Verband festzulegen. Beteiligt werden kann auch hier das IhF. Auch eine Orientierung an den Kriterien der IhF-Charta insbesondere zur Hausarztzentrierung, Produktneutralität und Evidenzbasierung auf hausarzttypische Behandlungsprobleme ist sinnvoll. Bei einer Beteiligung des IhF sind eine Zertifizierung der und Organisation durch dieses für die vorgesehenen Fortbildungsveranstaltungen sicherzustellen. Ausnahmen, zB für Veranstaltungen der Hochschule oder der Ärztekammer sind allerdings zu ermöglichen, sofern sie den Kriterien der ShF entsprechen.

Besondere Fortbildung (§ 3 Abs. 2e des HzV-Vertrags). Struktur und Inhalte der Fortbildung im Bereich der medizinischen Rehabilitation, der Psychosomatischen Grundversorgung und des geriatrischen Assessments, die zur Erfüllung der Pflichten aus § 3 Abs. 2e des Vertrags erforderlich sind, sind vom teilnehmenden Verband festzulegen. Entsprechende Fortbildungsangebote sind zudem sicherzustellen.

Das HzV-System sieht als besondere Qualifikation ebenfalls die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programmen, DMP) vor. Der Hausarzt ist demnach zu verpflichten, nicht nur formal durch Registrierung, sondern aktiv an strukturierten Behandlungsprogrammen der Krankenkasse bei chronischen Krankheiten nach § 137f SGB V teilzunehmen. Aktive Teilnahme bedeutet dabei auch die Information der HzV-Versicherten über diese Programme und die Motivation zur Teilnahme an diesen Programmen einschließlich der Einschreibung von HzV-Versicherten. Hausärztlich relevante DMP in diesem Sinne sind etwa Asthma, Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit (KHK). Für Kinder- und Jugendärzte reicht die aktive Teilnahme am DMP Asthma aus.

12. Die Erstellung einer regelmäßig zu aktualisierenden Anlage für die Regelung der Vergütung und Abrechnung der im Rahmen der HzV erbrachten Leistungen ist ratsam. Hierdurch kann flexibel auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse in Bezug auf neue oder veraltete Behandlungsmethoden reagiert werden. Aus Gründen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes für die teilnehmenden Ärzte sollte die Geltung der Vergütungsregelungen jedoch für mindestens zwei Jahre festgelegt werden.

Die HzV-Vertragspartner haben im Rahmen der Leistungserbringung wegen § 73b Abs. 5 S. 3 SGB V dadurch eine größere Gestaltungsfreiheit, dass von den Vorschriften des 3. Kapitels des SGB V abgewichen werden kann, soweit die in § 11 Abs. 6 SGB V genannten Leistungen, Leistungen nach den §§ 20d, 25, 26, 37a und 37b SGB V sowie ärztliche Leistungen einschließlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden betroffen sind, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

Bezüglich der Pflicht Abrechnungsprüfung gibt es jedoch auch im Rahmen der Selektivverträge keine Ausnahmen. Vielmehr verweist § 73b Abs. 5 S. 5 SGB V ausdrücklich auf die allgemeine Prüfpflicht der Krankenkassen nach § 106a Abs. 3 SGB V. Eine Klarstellung der Überprüfung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität sollte daher in der Anlage zur Vergütung und Abrechnung erfolgen.

13. Die Vertragsklausel zum Vertragsgegenstand soll den bereits in der Präambel festgelegten Zweck konkretisieren und die gegenseitigen Pflichten der am Vertrag teilnehmenden Partner zum Gegenstand des Vertrags festlegen.

14. Die primärärztliche Versorgung sowie die Koordinierung ärztlicher Leistungen durch den HzV-Arzt als zentrale Elemente gibt die Entwurfsbegründung zum GKV-WSG, BT-Drs. 16/3100, S. 112, vor. Hier wird insofern von der „Steuerungsverantwortung“ des Hausarztes gesprochen. Diesbezüglich ist der Grundsatz der freien Arztwahl für den hierauf insoweit verzichtenden teilnehmenden Patienten eingeschränkt.

15. Die Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten ergibt sich aus § 73b Abs. 3 SGB V als Ausprägung des Grundsatzes der freien Arztwahl aus § 76 SGB V.

16. Da der Zweck der HzV insbesondere die Qualitätssteigerung in der Versorgung der teilnehmenden Patienten ist, sollten an den teilnehmenden Hausarzt gewisse weitergehende Mindestvoraussetzungen gestellt werden. Solche Mindeststandards sind allerdings keine gesetzlich vorgegebenen. Vielmehr ist von der jeweiligen Krankenkasse zu eruieren, welche Qualitätsanforderungen sie ihren Patienten bieten möchte. So können in den Verträgen spezielle Anforderungen an die sachliche Ausstattung, etwa Mindestanforderungen hinsichtlich der EDV-Einrichtung der Praxis gestellt werden, die für eine umfassende Patientendokumentation und Kommunikation unter Berücksichtigung von Datenschutzaspekten erforderlich ist. Zudem kann das Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (zB Defibrillator, EKG, Akutlabor, Lungenfunktionstest) verlangt werden. Darüber hinaus können leistungsbezogene Mindestvoraussetzungen formuliert werden.

17. Im Gegensatz zu den Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 lit. a bis lit. d des Vertrags sind die Voraussetzungen des § 3 Abs. 3 gesetzlich vorgeschriebener Natur. Sie ergeben sich allesamt aus § 73b Abs. 2 Nr. 1 bis Nr. 4 SGB V. Die insoweit über die Regelanforderungen der hausärztlichen Versorgung hinausgehenden speziellen Mindestanforderungen bestehen aus der Teilnahme des an der HzV teilnehmenden Arztes bzw. der Einrichtung an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie, in der Behand-

lung nach evidenzbasierten Leitlinien für die hausärztliche Versorgung, in der Teilnahme an Fortbildungen zu hausarzttypischen Behandlungsproblemen und in der Schaffung eines einrichtungsinternen, hausarztbezogenen Qualitätsmanagements.

Auch die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f SGB V ist, soweit sie die hausärztliche Versorgung betreffen, gem. § 73b Abs. 5 S. 6 SGB V zum Bestandteil eines HzV-Vertrags zu machen.

18. Zur Attraktivitätssteigerung sollte der HzV-Arzt den Patienten gegenüber zur Einrichtung von Sonderangeboten verpflichtet werden, die insbesondere in speziellen Sprechzeiten für HzV-Patienten außerhalb der gewöhnlichen Sprechzeiten, der Bereitschaft zur Begrenzung der Wartezeiten auf zB 30 Minuten und der Unterstützung bei der Suche nach einem Vertretungsarzt liegen können.

19. Darüber hinaus hat der HzV-Vertrag den HzV-Arzt zwingend zur Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu verpflichten. Dies kann in mannigfaltiger Ausprägung erfolgen. So kann im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln insbesondere eine bevorzugte Verordnung von Generika sowie iSd § 130a Abs. 8 SGB V für die Krankenkasse rabattierter Arzneimittel angeordnet werden.

Zudem ist stets das Prinzip „ambulant vor stationär“ vom HzV-Arzt zu berücksichtigen.

20. Auch die Teilnahmeerklärung für Ärzte sollte dem HzV-Vertrag als eigenständige Anlage angehängt werden und alle für den teilnehmungswilligen Arzt relevanten Informationen und Verpflichtungserklärungen enthalten.

21. Auf diese Weise sollten sich die HzV-Partner, insbesondere die Krankenkasse, die zeitnahe Trennung von vertraglich bzw. rechtlich nonkonform handelnden Ärzten vorbehalten. In Betracht kommen vor allem die nicht vollständige Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gem. § 3 Abs. 2 oder der Qualitätsanforderungen gem. § 3 Abs. 3 bis 5 durch den HzV-Arzt, die Vornahme von Doppel- oder Fehlabrechnungen iSd § 12 – mit der Ausnahme von entschuldbaren Versehen in einem Einzelfall –, der Verstoß gegen eine andere wesentliche Vertragspflicht oder der Verstoß gegen die Berufsordnung der Landesärztekammer in einem wesentlichen Umfang. Durch die Formulierung „insbesondere“ kann sichergestellt werden, dass auch andere, ähnlich gewichtige Verstöße, eine außerordentliche Kündigung rechtfertigen.

22. Mit der Teilnahme des Versicherten an der HzV kommt ein weiterer öffentlich-rechtlicher Vertrag iSd § 53 Abs. 1 S. 1 SGB X zustande.

23. Das dem HzV-Vertrag als Anlage anzuhängende Teilnahmeformular für Patienten sollte ebenfalls alle teilnahmerelevanten Informationen für den Patienten und Erklärungstatbestände gegenüber der Krankenkasse enthalten und vom Patienten sowie dem gewählten HzV-Arzt unterschrieben werden.

So muss sich der Patient bereit erklären, bei der jeweiligen Krankenkasse versichert zu sein, mindestens ein Jahr lang den jeweiligen HzV-Arzt zu wählen und dementsprechend lange an dem HzV-Tarif sowie aktiv an der Behandlung teilzunehmen.

Er muss sich verpflichten, stets zuerst den von ihm gewählten HzV-Arzt, in Vertretungsfällen den von ihm gewählten HzV-Vertretungsarzt, aufzusuchen und andere Ärzte nur nach Überweisung durch den HzV-Arzt in Anspruch zu nehmen, wobei dies nicht für die Inanspruchnahme von Gynäkologen, Augenärzten, Zahnärzten, Kinder- und Jugendärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten gelten darf. Ebenso hat er sich zur Nichtinanspruchnahme eines anderen hausärztlichen Versorgungsprogramms seiner Krankenkasse sowie zur unverzüglichen Übermittlung jeglicher Änderungen seines Versicherungsverhältnisses zu verpflichten.

Hierüber hinaus hat eine Bestätigung seitens des Patienten zu erfolgen, dass er von seinem Hausarzt ausführlich und umfassend über den HzV-Tarif, die damit verbundene HzV und die Kündigungsmodalitäten sowie die automatische Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung informiert wurde. Ganz besonders wichtig ist zudem die Bestätigung, dass dem Patienten eine (ebenfalls in dieser Anlage abzudruckende) Patienteninformation ausgehändigt wurde, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung seiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Zu bestätigen ist ebenso, dass ihm bekannt ist, dass die Teilnahme an der HzV freiwillig sei, er per Anschreiben rechtzeitig über seinen Teilnahmebeginn an der HzV informiert werde, ihm Mehrkosten auferlegt werden könnten, die durch nicht teilnahmekonformes Verhalten seinerseits entstünden, mit Ende seiner Mitgliedschaft in der Krankenkasse die Teilnahme an der HzV ende, seine zur HzV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V iVm § 84 SGB X) bei seinem Ausscheiden aus der HzV gelöscht werden würden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens zehn Jahre nach Teilnahmeende am HzV-Tarif. Sowie, dass ein Hausarztwechsel vor Ablauf der zwölf Monate für ihn nur in begründeten Ausnahmefällen (zB Wohnortwechsel, Praxissschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses) möglich und dann eine erneute Teilnahme am Tarif bei einem anderen HzV-Arzt möglich sei.

24. Die Freiwilligkeit der Teilnahme der Patienten an der HzV ergibt sich zwingend aus dem Grundsatz der freien Arztwahl nach § 76 SGB V, der in § 73b Abs. 3 SGB V aufgegriffen wird.

Durch seine Teilnahmeerklärung verzichtet er freiwillig auf die Möglichkeit, hiernach einen Hausarzt seiner Wahl und Fachärzte ohne vorherige Zuweisung durch den Hausarzt (sog. „Einschreibemodell“) in Anspruch zu nehmen. Durch diesen Verzicht kann der Hausarzt die Behandlung der Patienten effektiv und ökonomisch steuern.

Der mindestens einjährige Verzicht folgt aus § 73b Abs. 3 S. 6 1. HS. SGB V. Die Möglichkeit, den Hausarzt aus einem wichtigen Grund schon vor Verstreichen dieser Frist zu wechseln, ergibt sich allerdings aus § 73b Abs. 3 S. 6 2. HS. SGB V.

Die Regelung der genaueren Durchführungsbestimmungen zur Teilnahme der Versicherten ist gem. § 73b Abs. 3 S. 7 SGB V in den Teilnahmeerklärungen, die Regelungen zur Abgabe der Teilnahmeerklärung gem. § 73b Abs. 3 S. 8 SGB V in der Satzung der Krankenkasse festzuschreiben (siehe auch § 53 Abs. 3 SGB V). Die Regelungen sind gem. § 73b Abs. 3 S. 8 2. HS SGB V aus Gründen des Verbraucherschutzes auf der Grundlage der Richtlinie nach § 217f Abs. 4a zu treffen. Diese Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V, in Kraft getreten am 26.8.2013, regelt die Pflicht der Krankenkassen gegenüber den Versicherten zur umfassenden schriftlichen Information vor Abgabe der Teilnahmeerklärung über den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrags, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Rechte und Pflichten, die sich aus der Teilnahme an dem Vertrag ergeben, etwaige Mitwirkungspflichten und etwaige Folgen fehlender Mitwirkung, die Möglichkeit und Form des Widerrufs der Teilnahmeerklärung sowie die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme und die im Rahmen des Vertrags vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

Das gesetzliche Widerrufsrecht, das dem Versicherten nach dieser Vertragsklausel mitzuteilen ist, ergibt sich aus § 73b Abs. 3 S. 3 SGB V iVm § 4 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V. Hiernach können die Versicherten ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen, wobei zur Fristwahrung gem. § 73b Abs. 3 S. 4 SGB V die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse ausreichend ist. § 73b Abs. 3

S. 5 SGB V regelt den Beginn der Widerrufsfrist ab Mitteilung der Widerrufsbelehrung in Textform durch die Krankenkasse, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Gem. § 4 S. 5 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V gilt Widerrufsrecht nur für Teilnahmeerklärungen, die seit dem 26.2.2013 abgegeben worden sind.

Die Widerrufsbelehrung hat gem. § 3 Abs. 1 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gem. § 217f Abs. 4a SGB V Hinweise auf das Recht zum Widerruf sowie auf Dauer und Beginn der Widerrufsfrist zu enthalten. Zudem muss im Zusammenhang hiermit darüber informiert werden, dass der Widerruf keiner Begründung bedarf, er in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse innerhalb der Widerrufsfrist erklärt werden muss und zur Fristwahrung die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse genügt. Gem. § 3 Abs. 2 der Richtlinie hat die Belehrung im Regelfall textlich hervorgehoben im Formular zur Teilnahmeerklärung, anderenfalls gesondert in Textform zu erfolgen. Eine barrierefreie Zugänglichmachung der Widerrufsbelehrung iSd § 10 Abs. 1 Behindertengleichstellungsgesetz und der Verordnung über barrierefreie Dokumente in der Bundesverwaltung bzw. nach den entsprechenden landesrechtlichen Vorgaben ist zu gewährleisten.

25. Als vertraglich festzuhaltende Organisationsaufgaben kommen insbesondere die Bekanntgabe des HzV-Vertrags und die Erläuterung der Teilnahmemöglichkeiten in den Veröffentlichungsorganen des Verbands einschließlich des Versands der Informationsunterlagen in Betracht. Zudem sollte der Verband die Teilnahmeerklärung Hausarzt entgegen nehmen und die Prüfung und Dokumentation der Teilnahmevoraussetzungen anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung Hausarzt und, soweit erforderlich, anhand von geeigneten weiteren Unterlagen sowie anlassbezogene Überprüfung des Fortbestehens der Teilnahmevoraussetzungen des HzV-Arztes (§ 3 Abs. 2) übernehmen. Darüber hinaus kommen anlassbezogene und stichprobenhafte Überprüfungen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen nach § 3 Abs. 3 sowie anlassbezogene Überprüfungen der Serviceangebote (§ 3 Abs. 4 und 5) in Frage. Die Pflege und Bereitstellung des Verzeichnisses der an der HzV teilnehmenden Hausärzte sowie die regelmäßige elektronische Versendung des Verzeichnisses an die Krankenkasse und die Information des HzV-Arztes über die Fortbildungsveranstaltungen iSd § 3 Abs. 3 und die Erfassung der Teilnahme des HzV-Arztes sollten ebenfalls übernommen werden. Zudem kann der Verband zur Entgegennahme von Kündigungen von HzV-Ärzten zur Beendigung ihrer Teilnahme an der HzV und zur Information der Krankenkasse über die Beendigung, zur Entgegennahme sonstiger Erklärungen und Anfragen von Hausärzten sowie zur Durchführung der Abrechnung und ggf. Verrechnung der HzV-Vergütung verpflichtet werden.

26. Die Sicherstellung obliegt im Rahmen der HzV allein der Krankenkasse, während die Notdienstverpflichtungen weiterhin die KV treffen. Hierneben darf die Teilnahme des Verbands die ärztliche Behandlungsfreiheit nicht unterminieren.

27. Die Pflicht der Krankenkassen zur geeigneten und umfassenden Information ihrer Versicherten über Inhalt und Ziele der hausarztzentrierten Versorgung sowie über die jeweils wohnortnah teilnehmenden Hausärzte ist eine gesetzliche und ergibt sich aus § 73b Abs. 6 SGB V.

28. Gem. § 73b Abs. 7 S. 1 SGB V ist die Krankenkasse mit dem Ziel der Vermeidung einer Doppelfinanzierung zur **Bereinigung der Gesamtvergütung** (§ 87a Abs. 3 S. 2 SGB V) verpflichtet. Hierbei ist der Betrag zu berücksichtigen, der in der hausärztlichen Versorgung durch die hausarztzentrierte Versorgung eingespart wird. Die Bereinigung hat gem. § 73b Abs. 7 S. 2 SGB V rechtzeitig zu dem Quartal zu erfolgen, für welches die Gesamtvergütung bereinigt werden soll. Hierbei sind Zahl und Morbiditätsstruktur der für dieses Quartal eingeschriebenen Versicherten sowie der vertraglich vereinbarte Inhalt