

# **Vertrag zur Durchführung besonderer ambulanter ärztlicher Versorgung mit Integrativer Medizin nach § 140a SGB V**

zwischen der

**MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH,**

Eggerstedtstr. 56-58, 22765 Hamburg,

Geschäftsstelle: Axel-Springer-Straße 54b, 10117 Berlin,

vertreten durch ihren Prokuristen Tom Hoschäger,

(nachfolgend als „Managementgesellschaft“ bezeichnet)

und der

**Bergische Krankenkasse,**

42715 Solingen,

vertreten durch ihre Vorständin Sabine Stamm,

(nachfolgend namentlich oder – ebenso wie jede nach § 15 beigetretene Krankenkasse – als  
„Krankenkasse“ bezeichnet)

## Inhaltsübersicht

§ 1	Inhalte des Vertrages und Organisation der besonderen Versorgung .....	5
§ 2	Teilnahme der Ärztlichen Leistungserbringer und Beendigung der Teilnahme .....	6
§ 3	Teilnahmevoraussetzungen der Ärztlichen Leistungserbringer .....	8
§ 4	Vertretung teilnehmender Ärztlicher Leistungserbringer .....	9
§ 5	Qualitätssicherung .....	10
§ 6	Leistungen der Ärztlichen Leistungserbringer .....	10
§ 7	Teilnahme der Versicherten und datenschutzrechtliche Einwilligung.....	11
§ 8	Abrechnung .....	13
§ 9	Medikation .....	16
§ 10	Finanzierung der Vertragsdurchführung .....	16
§ 11	Datenschutz.....	16
§ 12	Verschwiegenheit.....	17
§ 13	Haftung .....	18
§ 14	Öffentlichkeitsarbeit / Publikationen .....	18
§ 15	Beitritt weiterer Krankenkassen.....	18
§ 16	Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung.....	20
§ 17	Schlussbestimmungen .....	22

## PRÄAMBEL

- (A) Dieser Vertrag regelt auf Grundlage des § 140a SGB V den Umfang und den Ablauf der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten der Krankenkasse im Rahmen eines ärztlichen integrativ-medizinischen Angebotes.
- (B) Die Integrative Medizin verbindet konventionelle ärztliche Medizin und ärztliche Komplementärmedizin zu einem sinnvollen Gesamtkonzept. Sie stellt den Patienten in den Mittelpunkt, orientiert sich an dessen individuellen Ressourcen und aktiviert die Selbstheilungskräfte. Ihre Stärke entfaltet sie insbesondere da, wo die konventionelle Medizin an ihre Grenzen stößt: bei der Therapie chronischer Erkrankungen. Zur Sicherstellung des hohen qualitativen Anspruchs an dieses Angebot erfolgt die Erbringung der angebotenen ärztlichen Leistungen ausschließlich durch nach einer Weiterbildung von einer Ärztekammer verliehenen Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und/oder Homöopathie besonders qualifizierte Ärzte. Diesen gleichgestellt sind Ärzte, die zum Führen des Homöopathie-Diploms des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte berechtigt sind.
- (C) Es liegt in der Verantwortung jedes einzelnen teilnehmenden Arztes im Einzelfall, unter Abwägung aller Umstände, der eigenen Erfahrung sowie der therapeutischen Alternativen, einen entsprechend der Indikation jeweils individuell abgestimmten Behandlungsplan zu erarbeiten und so umzusetzen, dass zur Heilung oder Linderung von Beschwerden des Patienten beigetragen wird. U.a. nicht indiziert oder nur als Ergänzung geeignet ist der integrativ-medizinische Ansatz bei allen Erkrankungen mit zwingender Operationsindikation und in den Fällen der Intensivmedizin.
- (D) Dieser Vertrag soll den Versicherten der Krankenkasse den Zugang zu einem integrativ-medizinischen Versorgungsangebot erleichtern, eine qualitativ hochwertige, individuelle ärztliche Behandlungsleistung unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse ermöglichen und die Wirtschaftlichkeit im Arzneimittelbereich und der Krankheitsfolgekosten verbessern. Ziel dieses Vertrages ist es auch, die Patientenzufriedenheit zu steigern.
- (E) Durch den Vertrag wird der ganzheitliche Anspruch des integrativ-medizinischen Behandlungsansatzes in besonderer Weise verwirklicht. Die verschiedenen Einzelbeschwerden des Patienten werden in einem Gesamtbeschwerdebild zusammengefasst und ein individuelles Behandlungsangebot durch die koordinierte Anwendung unterschiedlicher Therapieverfahren umgesetzt. So werden, soweit dies im Einzelfall möglich und medizinisch vertretbar ist, Doppel- oder Mehrfachbehandlungen mit ihren Risiken oder Kosten verhindert. Nach der Vorstellung des Versicherten beim Arzt stellt der Arzt in Absprache mit dem Versicherten in der Regel eine schnellstmögliche Behandlung sicher.
- (F) Beitritte weiterer Krankenkassen zu dem Vertrag sind möglich.
- (G) Die Parteien arbeiten bereits seit 2006 vertrauensvoll auf dem Gebiet der selektiv-vertraglichen Versorgung zusammen. Sich verändernde Bedürfnisse der Versicherten sowie die zahlreichen gesetzgeberischen Veränderungen der letzten Jahre und die praktischen Erfahrungen rund um die Versorgung haben es erforderlich gemacht, das bestehende Angebot zu überarbeiten und durch diesen neuen Vertrag zu ersetzen.

(H) Zunächst wird nur eine begrenzte Anzahl von Vertragsärzten zur Leistungserbringung für diese neue Form der besonderen Versorgung nach dem Prioritätsprinzip zugelassen.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Parteien, was folgt:

## **§ 1 Inhalte des Vertrages und Organisation der besonderen Versorgung**

- (1) Der Vertrag regelt im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung und einen besonderen ambulant ärztlichen Versorgungsauftrag für die an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Versicherten und Ärztlichen Leistungserbringer.
- (2) Die Managementgesellschaft organisiert die Teilnahme der Ärztlichen Leistungserbringer an dieser besonderen Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages und erfüllt in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben gegenüber der Krankenkasse und den Ärztlichen Leistungserbringern:
  - a) Die Managementgesellschaft informiert die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte, welche integrativ-medizinisch tätig sind und über die erforderlichen Qualifikationen verfügen oder Gemeinschaften dieser Ärztinnen und Ärzte (nachfolgend „Vertragsärzte“) in geeigneter Form über die Inhalte dieses Vertrages.
  - b) Die Managementgesellschaft lässt Vertragsärzte, die einen Teilnahmeantrag nach § 2 Abs. 2 stellen, nach den Bestimmungen dieses Vertrages zu. Die Vertragsärzte, die einen Teilnahmeantrag nach § 2 Abs. 2 gestellt haben, die Voraussetzungen des § 3 erfüllen und von der Managementgesellschaft eine Teilnahmebestätigung nach § 2 Abs. 3 erhalten und damit an der besonderen Versorgung teilnehmen, werden im Folgenden als „Ärztliche Leistungserbringer“ bezeichnet, sofern die Klauseln nicht spezifische Besonderheiten regeln.
  - c) Die Managementgesellschaft stellt der Krankenkasse monatlich bis zum fünften (5.) Werktag des betreffenden Monats ein elektronisches Verzeichnis der Ärztlichen Leistungserbringer zur Verfügung. Welche Daten die Managementgesellschaft an die Krankenkasse übermittelt, ergibt sich aus dem als Anlage A übersendeten Muster des Verzeichnisses der Ärztlichen Leistungserbringer.
- (3) Die Managementgesellschaft übernimmt im Rahmen dieser Vereinbarung alle Aufgaben und Pflichten eines Vertragspartners gem. § 140a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V. Sie übernimmt die Gewähr dafür, dass sie den Versorgungsgegenstand durch die durch sie eingebundenen Leistungserbringer erbringt. Sie übernimmt jedoch nicht den allgemeinen Sicherstellungsauftrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB V und erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten im Rahmen dieses Vertrages zur besonderen Versorgung verbleibt bei dem Ärztlichen Leistungserbringer. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten auf der Grundlage der Bestimmungen dieses Vertrages selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der Berufsordnung seiner jeweiligen Landesärztekammer, den Vorschriften des Vertragsarztrechts, dem Behandlungsvertrag und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.

## § 2 Teilnahme der Ärztlichen Leistungserbringer und Beendigung der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Ärztlichen Leistungserbringer an dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahmemöglichkeit an der besonderen Versorgung und die Teilnahmevoraussetzungen macht die Managementgesellschaft in einem transparenten Verfahren auf ihrer Website bekannt.
- (3) Vertragsärzte können ihre Teilnahme an dieser Form der besonderen Versorgung durch Abgabe der „Teilnahmeerklärung Vertragsärzte“ nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft beantragen; die vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung ist bei der Managementgesellschaft, aktuelle Postanschrift Geschäftsstelle unter [www.mgl-gesund.de](http://www.mgl-gesund.de), einzureichen.
- (4) In Anlage D zu diesem Vertrag vereinbaren die Vertragspartner eine zahlenmäßige Begrenzung des Zugangs von Vertragsärzten für diese Form der besonderen Versorgung. Die Zulassung der nach § 3 qualifizierten Vertragsärzte erfolgt nach dem Prioritätsprinzip: Für die Zulassungsentscheidung ist der Zeitpunkt des Eingangs des schriftlichen Antrags nach § 2 Abs. 2 entscheidend.

Anlage D kann jederzeit einvernehmlich mit Wirkung zum folgenden Monatsanfang zwischen den Vertragspartnern angepasst oder gestrichen werden. Dabei darf die Begrenzung zahlenmäßig niemals unter die Anzahl der zu diesem Zeitpunkt teilnehmenden Ärztlichen Leistungserbringer fallen.

Vertragsärzte, die an einem anderweitigen zwischen den Vertragspartnern bestehenden Versorgungsangebot teilgenommen haben oder im Zeitpunkt der Beantragung der Zulassung zu diesem Vertrag teilnehmen, werden nicht auf die in Anlage D vorgesehenen Begrenzung angerechnet, müssen aber den übrigen nach diesem Vertrag vorgesehenen Teilnahmevoraussetzungen und -bedingungen genügen.

- (5) Wenn die in § 2 Abs. 2 geregelte Anzahl der teilnehmenden Ärztlichen Leistungserbringer nicht überschritten ist und die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 vorliegen, bestätigt die Managementgesellschaft dem Ärztlichen Leistungserbringer die Teilnahme an der besonderen Versorgung durch Übersendung einer Bestätigung („Teilnahmebestätigung“). Der Ärztliche Leistungserbringer ist mit Zugang der Teilnahmebestätigung Partner der besonderen Versorgung. Ab diesem Zeitpunkt ist der Ärztliche Leistungserbringer zur Erbringung von Leistungen auf der Grundlage der Bestimmungen dieses Vertrages berechtigt und verpflichtet. Wenn die in § 2 Abs. 2 geregelte Anzahl der teilnehmenden Ärztlichen Leistungserbringer bereits überschritten ist, informiert die Managementgesellschaft den Vertragsarzt, der einen Antrag nach § 2 Abs. 2 gestellt hat, darüber, dass er (i) auf die Warteliste gesetzt wird (vorausgesetzt, es sind noch Plätze auf der Warteliste frei und der Vertragsarzt hat in die Speicherung der Daten eingewilligt, vgl. § 2 Abs. 6) oder (ii) nicht an der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag teilnimmt. Die Managementgesellschaft wird eine Warteliste führen, auf die sie die ersten 25 (in Worten: fünfundzwanzig) Vertragsärzte setzt, die ihre Teilnahme nach § 2 Abs. 3 beantragen und deren Antrag nach Erreichen der in Anlage D geregelten

Anzahl der teilnehmenden Ärztlichen Leistungserbringer bei der Managementgesellschaft eingeht.

- (6) Vertragsärzte müssen in die Speicherung ihrer Antragsunterlagen für den Fall einwilligen, dass sie auf die Warteliste gemäß § 2 Abs. 5 gesetzt werden. Sollten sie diese Einwilligung nicht erteilen oder sollte die Managementgesellschaft die Teilnahme des Vertragsarztes ablehnen, werden die Antragsunterlagen von der Managementgesellschaft datenschutzkonform vernichtet. Sollte der Vertragsarzt statt der Vernichtung eine Rücksendung der Antragsunterlagen wünschen, muss er dies der Managementgesellschaft gesondert mitteilen.
- (7) Der Ärztliche Leistungserbringer ist nach Maßgabe der in der Teilnahmeerklärung niedergelegten Vorgaben verpflichtet, Veränderungen, die für seine Teilnahme an der besonderen Versorgung relevant sind, unverzüglich gegenüber der Managementgesellschaft in Textform anzuzeigen. Diese meldet die von ihm übermittelten Änderungen im Rahmen der monatlichen Übermittlung des elektronischen Verzeichnisses der Ärztlichen Leistungserbringer nach § 1 Absatz 2 Buchstabe c) dieses Vertrages an die Krankenkasse.
- (8) Der Ärztliche Leistungserbringer selbst und die Managementgesellschaft können die Teilnahme des Ärztlichen Leistungserbringers an diesem Vertrag mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. dem Ärztlichen Leistungserbringer kündigen. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Kündigungserklärung hat schriftlich zu erfolgen.
- (9) Die Teilnahme des Ärztlichen Leistungserbringers an dieser Form der besonderen Versorgung endet automatisch, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung der Teilnahme seitens der Managementgesellschaft bedarf, wenn
  - a) die vertragsärztliche Zulassung des Ärztlichen Leistungserbringers ruht bzw. endet,
  - b) die übrigen in § 3 Absatz 3 dieses Vertrages genannten Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden oder
  - c) dieser Vertrag gemäß § 16 endet.
- (10) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Teilnahme des Ärztlichen Leistungserbringers an dieser Form der besonderen Versorgung diesem gegenüber aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Als wichtiger Grund gelten insbesondere die im Folgenden geregelten Fälle:
  - a) Nicht vollständige Erfüllung der Qualitätsanforderungen (§ 5 des Vertrages),
  - b) Vornahme unzulässiger Doppel- oder Fehlrechnungen,
  - c) bei festgestelltem Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot,
  - d) bei Verstoß gegen eine andere wesentliche Vertragspflicht,
  - e) bei Verstoß gegen die Berufsordnung der für den Ärztlichen Leistungserbringer zuständigen Landesärztekammer in einem wesentlichen Umfang.

Der Kündigung hat eine schriftliche Abmahnung voranzugehen, mit welcher der Ärztliche Leistungserbringer zur Beseitigung des Verstoßes innerhalb von vier Wochen ab Zugang der Abmahnung aufgefordert wird. Der Ärztliche Leistungserbringer kann innerhalb dieser Frist schriftlich Stellung zur Abmahnung nehmen.

- (11) Die Kündigung der Teilnahme eines Ärztlichen Leistungserbringers an der besonderen Versorgung hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen dieses Vertrages.
- (12) Ab dem Tage des Wirksamwerdens der Beendigung der Teilnahme eines Ärztlichen Leistungserbringers hat dieser keine Berechtigung mehr, weitere Leistungen auf der Grundlage der Bestimmungen dieses Vertrages zu erbringen und abzurechnen. Zuvor erbrachte Leistungen sind spätestens fünf (5) Werkzeuge nach Ende des Quartals, zu dem die Beendigung wirksam wird, nach den Bestimmungen dieses Vertrages zur Abrechnung einzureichen.
- (13) An der besonderen Versorgung teilnehmende Ärztliche Leistungserbringer haben kein Recht zur Änderung dieses Vertrages. Wird dieser Vertrag gemäß § 16 Absatz 2 geändert, sind die Ärztlichen Leistungserbringer berechtigt, ihre Teilnahme abweichend von Absatz 5 zum Zeitpunkt des Eintritts der Vertragsänderung zu kündigen.

### **§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärztlichen Leistungserbringer**

- (1) Zur Durchführung einer integrativ-medizinischen Behandlung auf der Grundlage der Bestimmungen dieses Vertrages sind alle Ärztlichen Leistungserbringer berechtigt, sofern ihre Qualifikation gemäß Absatz 3 von der Managementgesellschaft überprüft und gemäß Absatz 2 als geeignet beurteilt worden ist. In diesem Fall ist vorbehaltlich von § 2 Abs. 4 eine Teilnahme des Ärztlichen Leistungserbringers von der Managementgesellschaft zuzulassen, wenn nicht gravierende sachliche Gründe gegen eine Teilnahme sprechen. Solche gravierenden sachlichen Gründe können u.a. sein:
  - eine gegenüber dem Ärztlichen Leistungserbringer auf der Grundlage dieses Vertrages oder eines anderen von der Managementgesellschaft abgeschlossenen Vertrages vorangegangene Kündigung oder
  - in der Vergangenheit festgestellte erhebliche Mängel in der Tätigkeit des Ärztlichen Leistungserbringers.
- (2) Ein gemäß Absatz 3 hinreichender Qualifikationsnachweis ist der Managementgesellschaft vom Ärztlichen Leistungserbringer vor der Erbringung von Leistungen auf der Grundlage der Bestimmungen dieses Vertrages vorzulegen. Die Managementgesellschaft prüft entsprechend, ob zum Zeitpunkt der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Arzt die Qualifikationsvoraussetzungen gemäß Absatz 3 erfüllt sind.
- (3) Qualifikationsvoraussetzungen:

Für eine Teilnahme an der Versorgung „Integrative Medizin“ auf der Grundlage dieses Vertrages sind vom Ärztlichen Leistungserbringer sämtliche nachfolgenden Qualifikationsbedingungen zu erfüllen:



- a) Entweder Zulassung als Vertragsarzt oder Ermächtigung oder genehmigte Anstellung eines Arztes bei einem an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt für die Dauer der Genehmigung des Zulassungsausschusses zur Anstellung (gemäß § 32 b Ärzte-ZV).
- b) Führen der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und/oder der Zusatzbezeichnung Homöopathie und/oder des Homöopathie-Diploms des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (nachfolgend „Homöopathie-Diplom des DZVhÄ“) oder mit diesem Diplom vergleichbare von der Managementgesellschaft anerkannte Qualifikationen gemäß sämtlicher Richtlinien zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ in ihren jeweils geltenden Fassungen (wie sie auf der Internetseite des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte unter [www.weiterbildung-homoeopathie.de](http://www.weiterbildung-homoeopathie.de) veröffentlicht sind).

Erfüllt der Ärztliche Leistungserbringer diese Qualifikationsbedingung allein durch die Vorlage eines Nachweises mit begrenzter Laufzeit, wie z.B. durch das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ, obliegt es seiner Verantwortung, der Managementgesellschaft vor Ende der Laufzeit einen neuen Nachweis vorzulegen. Andernfalls endet die Teilnahme gemäß § 2 Absatz 6 Buchstabe b automatisch.

- (4) Die Ärztlichen Leistungserbringer sind verpflichtet, das Verfahren der Einschreibung der Versicherten entsprechend § 7 dieses Vertrages durchzuführen. Die Unterlagen (zur Einschreibung und zu einer eventuellen Kündigung) sind von der Krankenkasse bis drei (3) Jahre nach der Kündigung des Versicherten aufzubewahren. Ggf. weitergehende gesetzliche Bestimmungen sind davon unberührt.

#### **§ 4 Vertretung teilnehmender Ärztlicher Leistungserbringer**

- (1) Ein Ärztlicher Leistungserbringer darf sich allein bei Krankheit, Entbindung, Urlaub oder Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehrübung und nur durch andere an dieser besonderen Versorgung ebenfalls teilnehmende Ärztliche Leistungserbringer vertreten lassen.
- (2) Ist ein Ärztlicher Leistungserbringer festes Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft, kann er sich über die in Absatz 1 geregelten Gründe hinaus auch bei organisatorisch bedingter Abwesenheit von einem anderen Ärztlichen Leistungserbringer, der Mitglied der gleichen Berufsausübungsgemeinschaft und Teilnehmer dieser Versorgung ist, vertreten lassen.
- (3) Erfolgt die Vertretung eines Ärztlichen Leistungserbringers in der Betriebsstätte eines ebenfalls an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Ärztlichen Leistungserbringers, können nur die Leistungen nach § 6 Absatz 1 Buchstaben b und c zur Abrechnung gebracht werden.
- (4) Die nach diesem Vertrag für Ärztliche Leistungserbringer geltenden Regelungen und Pflichten gelten entsprechend auch für deren Vertreter. Der Vertreter muss den Behandler schriftlich oder mündlich über den Behandlungsverlauf im Zuge der

Vertretung informieren. Die Dokumentationspflichten in der Patientenakte unterscheiden sich im Vertretungsfall nicht von denen des zu vertretenden Arztes/Ärztin.

## **§ 5 Qualitätssicherung**

- (1) Die Ärztlichen Leistungserbringer sind verpflichtet, neben der Einhaltung der Qualitätssicherung nach § 135a SGB V und § 137 SGB V die nachfolgend aufgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen:
  - a) Die Ärztlichen Leistungserbringer verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der teilnehmenden Versicherten. Sie übernehmen die Gewähr dafür, dass sie – soweit erforderlich – die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinisch-technischen Voraussetzungen für die Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen. Sie stellen eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an dieser besonderen Versorgung Beteiligten sicher. Die Versorgung muss den vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie den in den Bundesmantelverträgen für die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossenen Anforderungen als Mindestvoraussetzungen entsprechen. Insbesondere dürfen nur solche Leistungen erbracht werden, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.
  - b) Die Ärztlichen Leistungserbringer sind verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen nachvollziehbar zu dokumentieren. Diese Dokumentationsregelung berührt keine Dokumentationspflichten, die für die teilnehmenden Ärztlichen Leistungserbringern aufgrund anderer Vorschriften oder Vereinbarungen bestehen.
- (2) Die Managementgesellschaft verpflichtet die Ärztlichen Leistungserbringer, während der gesamten Vertragslaufzeit eine Berufshaftpflichtversicherung gemäß der für sie geltenden Berufsordnung zu führen und diese gegenüber der Krankenkasse auf Anforderung nachzuweisen.

## **§ 6 Leistungen der Ärztlichen Leistungserbringer**

- (1) Die Ärztlichen Leistungserbringer sind dazu berechtigt und verpflichtet, im Rahmen eines integrativ-medizinischen Behandlungsplans teilnehmende Versicherte der Krankenkasse – soweit medizinisch indiziert (vgl. Präambel) – mit allen in Anlage B.3 (Verzeichnis der abrechnungsfähigen Therapieformen) genannten Therapieverfahren und des in Anlage B.2 vereinbarten Regelwerks mit den folgenden Leistungen des Vertrages zu behandeln:

- a) Homöopathische/naturheilkundliche Anamnese
- b) Homöopathische Analyse/Repertorisation, naturheilkundliche Behandlungsplanung
- c) Folgebehandlung

Dabei wählt der Ärztliche Leistungserbringer unter Berücksichtigung seiner eigenen Schwerpunkte und fachlichen Kenntnisse für den einzelnen Patienten mit seiner individuellen Erkrankung ein oder mehrere der im Verzeichnis genannten geeigneten Therapieverfahren aus und entscheidet unter Beachtung der Vertragsbedingungen und des Wirtschaftlichkeitsgebotes über deren Kombination, Intensität und Frequenz.

- (2) Die Höhe der Vergütung ergibt sich aus Anlage B.2 (Regelwerk).

Die Höhe der Vergütung wird entsprechend der jeweiligen prozentualen Erhöhung des Orientierungspunktwertes im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Ä) automatisch angepasst und kaufmännisch gerundet. Eine solche Honoraranpassung erfolgt zum ersten (1.) Kalendertag des auf die Bekanntgabe durch die verantwortliche Stelle folgenden Quartals; erstmalig für im Jahr 2024 bekanntgegebene Erhöhungen. Darüber hinausgehende Honoraranpassungen sind zwischen den Vertragsparteien abzustimmen. Anlage B.2 (Regelwerk) wird dann entsprechend ergänzt.

Sollte der Orientierungspunktwert als Bemessungsgrundlage der verhandelten Lohnsteigerung im kassenärztlichen Bereich entfallen, tritt an seine Stelle derjenige Maßstab, der dann im Rahmen des EBM-Ä entsprechende Anwendung als Ausdruck der Lohnsteigerung findet.

- (3) Berufsausübungsgemeinschaften, bei denen mehrere Ärztliche Leistungserbringer über eine Teilnahmeberechtigung im Rahmen dieser besonderen Versorgung verfügen, können Leistungen für jeden teilnehmenden Versicherten nur einmal für die Betriebsstätte (und nicht für jeden Ärztlichen Leistungserbringer gesondert) abrechnen. Das gleiche gilt auch für Assistenten und andere angestellte Ärzte, wenn sowohl der Praxisinhaber als auch der angestellte Arzt für die Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag zugelassen sind.

## **§ 7 Teilnahme der Versicherten und datenschutzrechtliche Einwilligung**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der Krankenkasse, die sich mit einer integrativ-medizinischen Behandlung durch teilnehmende Ärztliche Leistungserbringer einverstanden erklären. Nach Unterzeichnung und Abgabe von Teilnahmeerklärung und Erklärung zur Einwilligung in die Datenübermittlung nimmt der Versicherte erstmals für das laufende Abrechnungsquartal an der besonderen ambulanten Versorgung teil.
- (2) Die Teilnahme der Versicherten erfolgt freiwillig nach Maßgabe der Satzung der Krankenkasse durch eine Teilnahmeerklärung sowie Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung, die als Anlage C Teil dieses Vertrages ist. Die Vertragsparteien stellen sicher, dass die Anlage den jeweils aktuellen gesetzlichen Vorgaben entspricht. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist schriftlich abzugeben. Vor Erklärung der Teilnahme wird der Versicherte durch den Ärztlichen Leistungserbringer im Auftrag der Krankenkasse schriftlich oder elektronisch - insbesondere durch Aushändigung der

Teilnahmeunterlagen - über sein Widerrufsrecht gemäß § 140a Abs. 4 S. 2 bis 5 SGB V und gemäß § 295a SGB V über die vorgesehene Datenübermittlung informiert. Mit der Erklärung der Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse - ggf. über den Ärztlichen Leistungserbringer - dem Versicherten die Widerrufsbelehrung nach diesem Absatz mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

(3) Die Einschreibung von Versicherten in diese Versorgung erfolgt konkret wie folgt:

- Der Ärztliche Leistungserbringer händigt den an dieser besonderen Versorgung interessierten Versicherten im Auftrag der Krankenkasse eine mit seinen Praxisdaten vervollständigte und von ihm unterzeichnete Teilnahme- und Einverständniserklärung gemäß Anlage C („Teilnahmeerklärung“) in der zum Einschreibzeitpunkt jeweils gültigen Fassung aus.
- Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an der besonderen Versorgung mit der Unterschrift unter diese Teilnahmeerklärung. Die Teilnahmeerklärung erfolgt in zweifacher Ausführung.
- Eine Kopie der unterzeichneten Teilnahmeerklärung übermittelt der Arzt am Tag der Einschreibung per Telefax an einen von der Krankenkasse zu benennenden Anschluss. Ein Exemplar der Teilnahmeerklärung verbleibt beim Arzt, eines erhält der Versicherte. Die Behandlung kann dann unmittelbar beginnen.

Sobald die notwendigen technischen Voraussetzungen geschaffen sind, beabsichtigen die Vertragspartner die beschriebene Übermittlung per Telefax im Rahmen der Umstellung auf ein modernes elektronisches Einschreibverfahren („Online-Einschreibung“) aufzugeben.

(4) Der Ärztliche Leistungserbringer ist verpflichtet, den Versicherten vor Abgabe der Teilnahmeerklärung im Auftrag der Krankenkasse umfassend zu informieren über

- den Inhalt und die Ziele des betreffenden Versorgungsvertrages,
- die Freiwilligkeit seiner 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 die Möglichkeit zur Beendigung der Teilnahme,
- die im Rahmen des Vertrages vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Daten.

Dem Versicherten sind die genannten Informationen vor Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich zur Verfügung zu stellen, z.B. durch Aushändigung der Teilnahmeunterlagen.

(5) Die Managementgesellschaft verpflichtet die Ärztlichen Leistungserbringer zur Archivierung der Originale der Teilnahmeerklärungen der Versicherten. Auf Anforderung

der Managementgesellschaft oder der Krankenkasse muss der Ärztliche Leistungserbringer im begründeten Fall Einsicht in diese Unterlagen gewähren und/oder Kopien zur Verfügung stellen.

- (6) Eine Behandlung im Rahmen dieser Versorgung kann nur durch die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte und durch den vom Versicherten ausgewählten Ärztlichen Leistungserbringer bzw. - im Falle von dessen Verhinderung oder Nichterreichbarkeit - eines Vertreters, der ebenfalls an dieser Versorgung teilnimmt, erfolgen. Die freie Arztwahl der Versicherten ist im Rahmen des Versorgungsangebotes auf diese Ärzte beschränkt.
- (7) Eine gleichzeitige Wahl und Einschreibung des Versicherten im Rahmen dieser besonderen Versorgung bei mehr als einem Ärztlichen Leistungserbringer ist nicht zulässig.
- (8) Es steht dem Versicherten frei, den Behandler zu wechseln. Dazu kann der Versicherte unabhängig von einem Widerruf oder einer Beendigung seine Teilnahme an dieser Versorgung jederzeit auf eigenen Wunsch die Behandlung durch den bisher gewählten Ärztlichen Leistungserbringer beenden und sich bei einem neuen Behandler entsprechend der Vorgaben der Absätze 2, 5 und 6 erneut einschreiben (nachfolgend „Wechsel“ genannt). Die Information über den Wechsel erfolgt formlos gegenüber der Krankenkasse.
- (9) Unbeschadet der Widerrufsmöglichkeit nach § 140a Abs. 4 S. 2-5 SGB V und der Gründe für eine außerordentliche Kündigung (vgl. Teilnahmeerklärung) ist der Versicherte für ein Jahr an diese Versorgung gebunden. Die Teilnahme verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn der Versicherte sie nicht spätestens vier Wochen vor Ablauf des ersten oder jeden weiteren Jahres in Textform kündigt.
- (10) Die Vertragspartner informieren sich unverzüglich wechselseitig sowie den behandelnden Ärztlichen Leistungserbringer über einen erfolgten Widerruf der Teilnahmeerklärung und/oder der Einwilligung der Datenübermittlung, über die Beendigung einer Teilnahme an der Versorgung und über einen Behandlerwechsel des Versicherten. Ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Information beim Ärztlichen Leistungserbringer können keine Leistungen mehr aus diesem Vertrag abgerechnet werden.

## **§ 8 Abrechnung**

- (1) Die Managementgesellschaft bedient sich für die Abrechnung einer von ihr beauftragten Abrechnungsstelle, die im Namen und mit Vollmacht für die Managementgesellschaft tätig wird. Die Managementgesellschaft hat dabei sicherzustellen, dass die in § 295a Absatz 2 Satz 2, Absatz 1 Satz 2 SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt werden. Veränderungen bei der Beauftragung des Abrechnungsdienstleisters sind der Krankenkasse durch die Managementgesellschaft schriftlich mitzuteilen. Für die Abrechnung der Leistungen im Rahmen dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung übermitteln die Ärztlichen Leistungserbringer der von der Managementgesellschaft beauftragten Abrechnungsstelle die erforderlichen

rechnungsbegründenden Angaben. Die beauftragte Abrechnungsstelle erstellt hieraus die Abrechnung und übermittelt diese anschließend quartalsweise an die Krankenkasse.

- (2) Die Managementgesellschaft bzw. die von ihr beauftragte Abrechnungsstelle nimmt eine sachliche und rechnerische Prüfung der abgerechneten Leistungen auf Basis der Bestimmungen dieses Vertrages – insbesondere des Regelwerks (Anlage B.2) – vor.
- (3) Die Krankenkasse teilt der Abrechnungsstelle immer spätestens bis zum fünfzehnten (15.) des Monats gegebenenfalls Änderungen bei ihren Krankenkassen-Koordinaten auf dem „Formblatt Krankenkassen-Koordinaten“ (das jederzeit von der Geschäftsstelle der Managementgesellschaft angefordert werden kann) mit. Wenn keine Änderungen vorhanden sind, erfolgt keine Meldung. Sollte die Krankenkasse gegen diese vertragliche Regelung schuldhaft verstoßen, haftet sie gegenüber der Managementgesellschaft für alle hieraus entstandenen Schäden.
- (4) Das Abrechnungsverfahren verläuft wie folgt:
  - a) Ärztliche Leistungserbringer können nur Leistungen von Versicherten abrechnen, die an dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen und vor der Behandlung eine gültige elektronische Gesundheitskarte der Krankenkasse vorgelegt haben, was vom Ärztlichen Leistungserbringer zu überprüfen ist. Behandelt der Ärztliche Leistungserbringer ohne Vorlage einer gültigen elektronischen Gesundheitskarte, trägt er das Risiko, dass die von ihm erbrachte Leistung nicht vergütet wird.
  - b) Sobald eine ärztliche Leistung nach diesem Vertrag erbracht und abgerechnet wird und solange der Ärztliche Leistungserbringer an dieser besonderen Versorgung teilnimmt, ist eine zusätzliche Abrechnung dieser im Vertrag genannten oder entsprechender Leistungen über eine Kassenärztliche Vereinigung oder über andere Verträge oder als private Liquidation unzulässig.
  - c) Der Ärztliche Leistungserbringer rechnet seine ärztlichen Leistungen im Rahmen dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung quartalsmäßig ab.
  - d) Der Ärztliche Leistungserbringer versichert mit seiner Abrechnung, dass er alle von ihm abgerechneten ärztlichen Leistungen vollständig und ordnungsgemäß erbracht hat.
  - e) Die Einreichung von Leistungen durch den Ärztlichen Leistungserbringer zur Abrechnung erfolgt regelmäßig bis zum fünften (5.) Werktag nach Ablauf eines Quartals. Die Einreichungsmöglichkeit von Leistungen endet am fünften (5.) Werktag des dritten (3.) auf das Leistungsquartals folgenden Quartals (Beispiel: Die Leistung erfolgt in Quartal 1, die Einreichung ist bis zum fünften Werktag des Quartals 4 möglich).

Weitere Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens der ärztlichen Leistungen regelt Anlage B.1 (Abrechnungsverfahren entsprechend §§ 295, 295a SGB V).

- (5) Die Krankenkasse, die Managementgesellschaft oder die von der Managementgesellschaft beauftragte Abrechnungsstelle sind zu Vergütungsrückforderungen und -berichtigungen nach den folgenden Vorschriften berechtigt:

a) Unrechtmäßig abgerechnete Leistungen:

Die Vergütungen für unrechtmäßig abgerechnete Leistungen können von der Krankenkasse zurückgefordert werden. Die Krankenkasse oder die Managementgesellschaft (bzw. die von der Managementgesellschaft damit beauftragte Abrechnungsstelle) können nachgewiesene Rückforderungsansprüche gegen Honoraransprüche der Ärztlichen Leistungserbringer aufrechnen und einziehen.

Vergütungsrückforderungsansprüche aufgrund unrechtmäßig abgerechneter Leistungen verjähren innerhalb von zwölf (12) Monaten nach Rechnungsstellung. Nach Ablauf der Verjährungsfrist können keine Vergütungsrückforderungsansprüche mehr geltend gemacht werden, von welcher Partei auch immer. Dies gilt nicht, wenn der Ärztliche Leistungserbringer vorsätzlich falsch abgerechnet hat.

b) Sachliche und rechnerische Berichtigungen:

Sachliche oder rechnerische Berichtigungen können auch nach Bezahlung der Rechnung innerhalb von zwölf (12) Monaten ab Rechnungslegung vorgenommen und die Differenzbeträge verrechnet werden. Eine Verrechnung seitens der Krankenkasse gegenüber der Managementgesellschaft oder der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle kann nur vorgenommen werden, wenn der von der sachlichen oder rechnerischen Berichtigung betroffene Ärztliche Leistungserbringer noch in einem Vertragsverhältnis mit der Managementgesellschaft steht und noch Honorarforderungen des Ärztlichen Leistungserbringers in mindestens gleicher Höhe bei der Managementgesellschaft oder der von ihr beauftragten Abrechnungsstelle vorhanden sind. In allen anderen Fällen richtet die Krankenkasse ihre Ansprüche unmittelbar gegen den Ärztlichen Leistungserbringer. Insbesondere ist eine Aufrechnung mit Honorarforderungen anderer Leistungserbringer ausgeschlossen.

c) Vorgehen bei Uneinigkeit:

Besteht Uneinigkeit zwischen der Managementgesellschaft und der Krankenkasse über die Rechtmäßigkeit eines Rückforderungsanspruchs und weisen die Managementgesellschaft und die Abrechnungsstelle insbesondere durch Vorlage der Abrechnungsunterlagen nach, dass diese Vergütung aus Gründen erfolgt ist, die nicht von der Managementgesellschaft oder von der beauftragten Abrechnungsstelle zu vertreten sind, so ist dieser Anspruch direkt gegen den abrechnenden Ärztlichen Leistungserbringer und nicht gegen die Managementgesellschaft zu richten. Im Falle der elektronischen Abrechnung gilt der dem ärztlichen Leistungserbringer elektronisch zur Verfügung gestellte Honorarbeleg der Abrechnungsstelle als Abrechnungsunterlage, sofern der Ärztliche Leistungserbringer diesem nicht innerhalb von vier (4) Wochen nach dessen Ausstellung widersprochen hat.

(6) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87ff. SGB V.

## **§ 9 Medikation**

Die Kosten für nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Arzneimittel werden von der Krankenkasse im Rahmen dieses Vertrages nicht übernommen. Die Verordnung nicht GKV-verordnungsfähiger Arzneimittel erfolgt für den Versicherten durch den Ärztlichen Leistungserbringer unentgeltlich auf einem gesonderten Vordruck.

## **§ 10 Finanzierung der Vertragsdurchführung**

- (1) Die Managementgesellschaft ist zur Finanzierung ihrer vertraglich übernommenen Verwaltungsaufgaben berechtigt, mit den Ärztlichen Leistungserbringern für die Organisation und Durchführung der besonderen ambulanten Versorgung eine angemessene Verwaltungskostenpauschale zu vereinbaren.
- (2) Zusätzlich kann die Managementgesellschaft mit den Ärztlichen Leistungserbringern für von Einzelnen verursachte individuelle Mehraufwände, wie z.B. durch die nicht fristgerechte Einreichung der Abrechnungsbelege oder die Einreichung fehlerhafter bzw. nicht dem vereinbarten Format entsprechender Belege, gesonderte Zuschläge oder Bearbeitungsgebühren vereinbaren. Gesonderte Gebühren können auch für solche vertraglich vereinbarten Aufgaben vereinbart werden, die nur einmalig, selten oder nur für einzelne Ärztliche Leistungserbringer zu erbringen sind, wie z.B. Bearbeitung der Einschreibeunterlagen, Einrichtung eines Abrechnungskontos bei einem Abrechnungsdienstleister u.a.
- (3) Alle Gebühren sind in der „Gebührenübersicht Integrative Medizin“ der Managementgesellschaft festgelegt, welche auf der Homepage der Managementgesellschaft unter [www.mgl-gesund.de/integrative-medicin](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medicin) für alle Ärztlichen Leistungserbringer einsehbar ist.
- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale, Zuschläge und Gebühren mit dem Anspruch auf Auszahlung der Vergütung nach § 8 zu verrechnen.
- (5) Sofern durch gesetzgeberische Aktivitäten oder sonstige äußere Umstände erhöhte Kosten der Vertragsdurchführung entstehen, wird sich die Managementgesellschaft zeitnah mit der Krankenkasse bzw. den teilnehmenden Leistungserbringern über die zukünftige Verteilung dieser zusätzlichen Kosten verständigen.

## **§ 11 Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner sowie die an der Versorgung beteiligten Ärztlichen Leistungserbringer verpflichten sich, personenbezogene Daten nur entsprechend den gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz (insbesondere EU-Datenschutz-Grundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz sowie Sozialgesetzbücher) zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Sie stellen sicher, dass alle Personen, die von ihr zur



Aufgabenerfüllung eingesetzt werden, auf Einhaltung des Datenschutzes unterwiesen und verpflichtet worden sind.

- (2) Die Vertragspartner sowie die an der Versorgung beteiligten Ärztlichen Leistungserbringer verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdende Daten, wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (3) Jeder Vertragspartner sowie die an der Versorgung beteiligten Ärztlichen Leistungserbringer sind für die Einhaltung der ihn betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen verantwortlich und verpflichtet sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen. Insbesondere verpflichtet die Managementgesellschaft ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und schließt mit der beauftragten Abrechnungsstelle einen gesonderten Vertrag über die Datenverarbeitung, der den gesetzlichen Anforderungen genügen muss.
- (4) Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten der Versicherten durch die Managementgesellschaft für die Abrechnung einschließlich der Beauftragung einer Abrechnungsstelle gemäß § 8 Absatz 1 dieses Vertrages richtet sich nach § 295a SGB V und erfolgt nur zum Zwecke der Abrechnung.

## **§ 12 Verschwiegenheit**

- (1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die im Rahmen dieses Vertrages von einem Vertragspartner zugänglich gemachten Informationen, sonstige Interna einschließlich der betriebsinternen Abläufe und sonstiger Geschäftsvorgänge, sowie Kenntnisse und Daten, die sie bei oder anlässlich der Erfüllung ihrer Vertragspflichten über Angelegenheiten etwa kommerzieller, technischer oder organisatorischer Art erlangt, ausschließlich zum Zwecke dieser Vertragserfüllung zu verwenden, vertraulich zu behandeln und während der Dauer sowie nach Beendigung dieses Vertrages ohne schriftliche Einwilligung des Vertragspartners nicht zu anderen Zwecken zu nutzen oder Dritten zugänglich oder bekannt zu machen. Eine Nutzung der Informationen ist allein auf den Gebrauch für die Durchführung dieser Vereinbarung beschränkt.
- (2) Die in § 12 Absatz 1 genannten Geheimhaltungsverpflichtungen gelten nicht für Informationen, die
  - bereits zum Zeitpunkt ihrer Übermittlung der Öffentlichkeit bekannt sind oder
  - bereits vor der Übermittlung durch die offen legende Partei berechtigterweise im Besitz des Vertragspartners waren oder
  - dem Vertragspartner durch eine andere Quelle als die offen legende Partei berechtigterweise zugänglich gemacht wurden oder
  - die in einer anderen Weise als durch Verletzung dieser Verpflichtung in die Öffentlichkeit gelangt sind.

- der Bekanntmachung der Kooperation und der Vertragsinhalte an Versicherte dient.

### **§ 13 Haftung**

- (1) Die Managementgesellschaft haftet für schuldhafte Verletzungen der im Rahmen dieses Vertrages übernommenen Verpflichtungen, insbesondere
  - a) der ordnungsgemäßen Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen der Ärztlichen Leistungserbringer nach § 3 Abs. 2,
  - b) der ordnungsgemäßen Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen der Ärztlichen Leistungserbringer nach § 7,
  - c) der ordnungsgemäßen Abrechnung der ärztlichen Leistungserbringer einschließlich Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit.
- (2) Die Managementgesellschaft kann Ärztliche Leistungserbringer, die einen Haftungsfall grob fahrlässig oder vorsätzlich verursacht haben, regelmäßig von der Teilnahme am Vertrag ausschließen.

### **§ 14 Öffentlichkeitsarbeit / Publikationen**

- (1) Alle gemeinsamen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit über diese besondere ambulante ärztliche Versorgung erfolgen nach Abstimmung zwischen den Vertragspartnern. Zwischen den Vertragspartnern abzustimmen ist insbesondere der Inhalt der nach § 1 Absatz 2 Buchstabe a) dieses Vertrages von der Krankenkasse direkt den Ärztlichen Leistungserbringern zur Verfügung zu stellenden Informationsmaterialien für Patienten.
- (2) Die Krankenkassen dürfen das Logo der Managementgesellschaft (wie es auf der Internetseite der Managementgesellschaft unter [www.mgl-gesund.de](http://www.mgl-gesund.de) veröffentlicht ist) nur nach vorheriger Zustimmung der Managementgesellschaft und zum Zwecke dieser Vertragserfüllung nutzen.
- (3) Die Krankenkasse wird ihre Versicherten in Abstimmung mit der Managementgesellschaft über die Vorzüge und den Nutzen dieses Modells der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung informieren.
- (4) Die Ärztlichen Leistungserbringer werden durch die Teilnahmeerklärung zur Zusammenarbeit mit der Krankenkasse verpflichtet und weisen die Versicherten sowohl in ihrer Einrichtung als auch im Gespräch aktiv, umfassend und frühzeitig auf Beratungsangebote der Krankenkasse (z.B. mittels eines Patientenfaltblattes, etc.) hin.

### **§ 15 Beitritt weiterer Krankenkassen**

- (1) Weitere gesetzliche Krankenkassen können diesem Vertrag beitreten, frühestens jedoch mit Wirksamkeit zum 01.01.2024. Der beabsichtigte Beitritt ist schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft zu erklären. Die Erklärung hat u.a. das beabsichtigte Datum

des Beitritts zu beinhalten. Die Managementgesellschaft informiert die Bergische Krankenkasse unverzüglich in Textform über den beabsichtigten Beitritt einer Krankenkasse.

- (2) Die Bergische Krankenkasse stimmt bereits mit Abschluss dieses Vertrages vorab dem Beitritt weiterer Krankenkassen zu, ohne dass es einer erneuten Zustimmung zu einem Beitritt einer Krankenkasse im Einzelfall bedarf. Sie kann im Einzelfall ihre Zustimmung zum Beitritt einer bestimmten Krankenkasse innerhalb von zehn (10) Werktagen nach Zugang der Beitrittsinformation an die Managementgesellschaft widerrufen, wenn sie Bedenken gegen den Beitritt hat. Die Bergische Krankenkasse und die Managementgesellschaft werden sich bemühen, eine Lösung zu finden, die beide Seiten zufrieden stellt. Das Kündigungsrecht der Bergischen Krankenkasse in § 16 Absatz 4 bleibt unberührt.
- (3) Der Beitritt wird zum ersten Tag des auf das Datum der Beitrittserklärung folgenden übernächsten Monats wirksam. Hat die beitretende Krankenkasse einen späteren Termin für das Wirksamwerden des Beitritts genannt, wird der Beitritt erst zu diesem Termin wirksam. Die Managementgesellschaft bestätigt den Beitrittstermin gegenüber der beitretenden Krankenkasse in Textform. Eine Kopie der Beitrittsbestätigung mit dem Termin des Wirksamwerdens des Beitritts ist der Bergischen Krankenkasse zuzuschicken.
- (4) Spätestens nach Zugang der in Absatz 3 geregelten Bestätigung an die beitretende Krankenkasse teilt diese der Managementgesellschaft auf dem „Formblatt Krankenkassen-Koordinaten“ die notwendigen Kommunikationsdaten mit. Die von der Managementgesellschaft beauftragte Abrechnungsgesellschaft teilt der beitretenden Krankenkasse daraufhin das Datenformat und sämtliche für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen nach diesem Vertrag relevanten Informationen mit.
- (5) Mit Wirksamwerden des Beitritts gilt dieser Vertrag in seiner jeweils geltenden Fassung für und gegen die beitretende Krankenkasse und deren teilnehmende Versicherte.
- (6) Die beitretende Krankenkasse stimmt bereits mit Abgabe der Beitrittserklärung dem Beitritt weiterer Krankenkassen zu.
- (7) Die Managementgesellschaft informiert die Ärztlichen Leistungserbringer über das Internet auf der Seite [www.mgl-gesund.de](http://www.mgl-gesund.de) monatlich über die dem Vertrag beigetretenen Krankenkassen.
- (8) Jede beigetretene Krankenkasse kann ihre Teilnahme unter Einhaltung einer Frist von drei (3) Monaten zum Jahresende, jedoch frühestens zu dem Jahresende, das auf den Ablauf einer Mindestteilnahmedauer von vierundzwanzig (24) Monaten ab Wirksamkeit des Beitritts folgt, kündigen. Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt. Die Kündigung ist gegenüber der Managementgesellschaft zu erklären. Solange die Bergische Krankenkasse ihre Teilnahme an diesem Vertrag nicht nach § 16 Absatz 4 dieses Vertrages gekündigt hat, informiert die Managementgesellschaft dann unverzüglich die Bergische Krankenkasse von der Beendigung der Teilnahme der Krankenkasse. Die Wirksamkeit des Vertrages zwischen der Bergischen Krankenkasse und der Managementgesellschaft wird von der Kündigung einer oder gegenüber einer teilnehmenden Krankenkasse nicht berührt.

- (9) Beigetretene Krankenkassen haben kein Recht zur Änderung dieses Vertrages. Wird dieser Vertrag gemäß § 16 Absatz 2 dieses Vertrages geändert, sind die beigetretenen Krankenkassen berechtigt, ihren Beitritt abweichend von Absatz 6 mit einer Frist von vier (4) Wochen zum Ablauf des dritten auf das Inkrafttreten der Änderung folgenden Kalendermonats zu kündigen. Bis zum Wirksamwerden dieser Kündigung gilt gegenüber der kündigenden Krankenkasse der Vertrag in der vor der Änderung geltenden Form fort. Vor einer Änderung des Vertrages gemäß § 16 Absatz 2 soll die Managementgesellschaft die Änderungspläne den nach § 15 beigetretenen Krankenkassen zur Kenntnis geben.
- (10) Die Bergische Krankenkasse und die Managementgesellschaft können einer beigetretenden Krankenkasse jeweils mit einer Frist von drei (3) Monaten zum Jahresende kündigen, wobei vor Ausspruch der Kündigung Einvernehmen zwischen der Bergischen Krankenkasse und der Managementgesellschaft herzustellen ist. Beendet die Bergische Krankenkasse ihre Teilnahme gemäß § 16 Absatz 4 dieses Vertrages, geht das Kündigungsrecht alleine auf die Managementgesellschaft über.
- (11) Die Vertragsparteien behalten sich vor, im Falle des Beitritts einer anderen Krankenkasse diesen Vertrag anzupassen.

## **§ 16 Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt zum 01.07.2023 in Kraft.
- (2) Solange die Bergische Krankenkasse Vertragspartner ist, kann dieser Vertrag nur gemeinsam von ihr und der Managementgesellschaft geändert werden. § 15 Absatz 9 dieses Vertrages ist zu beachten.
- (3) Der Vertrag kann von der Managementgesellschaft mit einer Frist von drei (3) Monaten zum Jahresende, erstmalig mit Wirkung zum 30.06.2025, gekündigt werden.
- (4) Der Vertrag kann von der Bergischen Krankenkasse mit einer Frist von drei (3) Monaten zum Jahresende, erstmalig mit Wirkung zum 30.06.2025, gekündigt werden. Die Wirksamkeit des Vertrages zwischen den nach § 15 dieses Vertrages beigetretenen Krankenkassen und der Managementgesellschaft wird von der Kündigung der Bergischen Krankenkasse nicht berührt. Der Vertrag wird dann mit den beigetretenen Krankenkassen als Vertragspartnern fortgeführt.
- (5) Eine außerordentliche Kündigung dieses Vertrages ist nur aus wichtigem Grund möglich. Ein wichtiger Grund, der die einzelnen Teilnehmer zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere vor,
  - a) wenn die Voraussetzungen dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung oder wesentlicher medizinisch-wissenschaftlicher Entwicklungen entfallen,
  - b) bei wiederholten Verstößen einer der Vertragsparteien gegen Inhalte dieses Vertrages,
  - c) wenn aufgrund einer Weisung der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages untersagt wird,

- d) wenn die Durchführung des Vertrages gerichtlich untersagt wird.
- (6) Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief – unter Angabe des Kündigungsgrundes – gegenüber der anderen Vertragspartei zu erfolgen.
- (7) Die Managementgesellschaft informiert nach Kenntniserlangung der zur Beendigung des Vertrages führenden Erklärung unverzüglich die Ärztlichen Leistungserbringer, die von ihr beauftragte Abrechnungsstelle und die beigetretenen Kassen. Die Information der Ärztlichen Leistungserbringer erfolgt in Textform sowie über die Internetseite [www.mgl-gesund.de](http://www.mgl-gesund.de). Die Rechte der Ärztlichen Leistungserbringer aus diesem Vertrag enden mit der Beendigung dieses Vertrages. Nach der Kündigung erbrachte Leistungen können nicht mehr abgerechnet werden.
- (8) Im Falle der Vereinigung der Krankenkasse mit einer anderen Krankenkasse gilt dieser Vertrag im bestehenden Umfang für die neue Krankenkasse fort. Sämtliche Versicherte der neuen Krankenkasse sind nach Maßgabe des § 7 dieses Vertrages teilnahmeberechtigt. Die Krankenkasse ist verpflichtet, die Managementgesellschaft über eine bevorstehende Fusion unverzüglich zu unterrichten. Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten und die übrigen Versicherten der neuen Krankenkasse rechtzeitig vor der Vereinigung über die Fortgeltung dieses Vertrages bzw. die Geltung dieses Vertrages für sämtliche Versicherten der neuen Krankenkasse. Die Managementgesellschaft informiert die teilnehmenden Ärztlichen Leistungserbringer über die Fusion.

## § 17 Schlussbestimmungen

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (2) Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ab Unterzeichnung ausdrücklicher und verbindlicher Teil des Vertrages.
- (3) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahe kommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.
- (4) Die Benennung der Krankenkasse oder der Managementgesellschaft als Referenzkunde ist den Vertragspartnern nur nach jeweils vorheriger schriftlicher Erlaubnis der betroffenen Vertragspartei gestattet. Die Vertragsparteien dürfen jedoch ohne eine solche Erlaubnis über den Vertrag informieren. Dabei dürfen die beteiligten Vertragsparteien genannt werden.
- (5) Die Managementgesellschaft gewährleistet, dass die Originale der Teilnahmeerklärungen der Ärztlichen Leistungserbringer archiviert werden. Auf Anforderung der Krankenkasse ist die Managementgesellschaft in begründeten Einzelfällen verpflichtet, zu üblichen Geschäftszeiten und in den Räumlichkeiten der Managementgesellschaft der Krankenkasse Einsicht zu gewähren und gegebenenfalls die Anfertigung von Kopien zu ermöglichen.
- (6) Der Vertrag unterliegt deutschem Recht. Gerichtsstand ist Hamburg.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

Solingen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MGL Managementgesellschaft für  
Gesundheitsleistungen mbH

\_\_\_\_\_  
Bergische Krankenkasse

Tom Hoschäger  
Prokurist

Sabine Stamm  
Vorständin

**Anlagen**

Anlage A	Muster des Verzeichnisses der Ärztlichen Leistungserbringer (Stand 05.10.2022)
Anlage B	bestehend aus:  B.1 Abrechnungsverfahren entsprechend §§ 295, 295a SGB V (Stand 05.10.2022)  B.2 Regelwerk (Stand 20.04.2022)  B.3 Verzeichnis der abrechnungsfähigen Therapieformen (Stand 26.10.2022)
Anlage C	Teilnahme- und Einverständniserklärung des Versicherten (Bearbeitungsstand 26.10.2022)
Anlage D	Begrenzung der Anzahl teilnehmender Ärztlicher Leistungserbringer