

Teilnahmeerklärung zum Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß §140a SGB V

GWQ

Stammdaten	
LANR (9-stellig) <input type="text"/>	HBSNR <input type="text"/>
Titel, Nachname, Vorname _____	
Verbandsmitgliedschaften	
<input type="checkbox"/> MEDI Baden-Württemberg e.V.	<input type="checkbox"/> Freie Liste der Psychotherapeuten
<input type="checkbox"/> BVDN e.V.	<input type="checkbox"/> Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung e.V.
<input type="checkbox"/> DGVT Berufsverband e.V.	
Teilnahmevoraussetzungen der Praxis / BAG / MVZ	
<input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer onlinfähigen IT und Internetanbindung <input type="checkbox"/> Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) <input type="checkbox"/> Vertragssoftware für PT-Vertrag GWQ ist installiert, Name der Software: _____ (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware) <input type="checkbox"/> Online-Key ist vorhanden (Nachweis: Bestätigungsformular HZV-Online-Key, falls dieses noch nicht i.R. einer Teilnahme in einem anderen Selektivvertrag gem. §§ 73c und /oder 140a SGB V eingereicht wurde)	
Wichtige Hinweise	
<ul style="list-style-type: none"> • Die Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionsfähiger Installation der Vertragssoftware erfolgen. • Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit Ihrem Arztinformationssystem. • Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den PT-Vertrag GWQ zugelassen ist. 	
Berufshaftpflichtversicherung	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass ich während meiner gesamten Vertragsteilnahme eine Berufshaftpflichtversicherung gemäß der geltenden Berufsordnung führe und erkläre mich bereit, diese auf Anforderung nachzuweisen.	
Datenübernahme (Verkürzte Teilnahmeerklärung)	
<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass die auf Seite 2 und 3 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einem Psychotherapievertrag gemäß §§ 73 c und / oder 140a SGB V in Baden-Württemberg bereits auf aktuellen Stand vorliegen. Ich beauftrage die Managementgesellschaft hiermit diese Angaben für meine Teilnahme an diesem Vertrag zu übernehmen.	
Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten/MVZ	
<p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß §140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.</p> <p>Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme erfolgt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen; • ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung, im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen/psychotherapeutischen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann; • ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der MEDIVERBUND AG kündigen kann; • sich mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppelabrechnungen ist mir bekannt; • die Managementgesellschaft das von der teilnehmenden Krankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das unten benannte Konto überweist; • ich der MEDIVERBUND AG Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen; • Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der teilnehmenden Krankenkassen, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V. veröffentlicht werden. Hinweise zum Datenschutz befinden sich auf Seite 3 dieses Formulars. <p>Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p>	

Unterschrift Vertragsarzt/-psychotherapeut
Bei MVZ: ärztlicher Leiter

Datum (TT.MM.JJ) Stempel der Praxis/MVZ

--	--	--	--	--	--	--

Teilnahmeerklärung zum Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß §140a SGB V
GWQ
Seite 2 und 3 der Teilnahmeerklärung bitte vollständig ausfüllen, wenn eine Datenübernahme aus einem anderen Vertrag (siehe Seite 1) nicht gewünscht oder nicht möglich ist.

Anschrift	
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis
<input type="checkbox"/>	Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
<input type="checkbox"/>	MVZ
<input type="checkbox"/>	Ermächtigter Arzt/Psychotherapeut
Straße & Hausnummer (Praxisanschrift) _____ Postleitzahl, Ort _____ ggf. Name MVZ _____	
Telefon _____ / _____ Fax _____ / _____	
E-Mail Adresse _____	
Bankverbindung	
Kreditinstitut _____	
IBAN	BIC
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber _____	
Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten	
Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V./ Freie Liste der Psychotherapeuten / DPtV e.V. / BVDN e.V. / DGVT-BV e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Zusätzlich beträgt die einmalige Verwaltungsgebühr 357 € (max. 714 € je HBSNR).	
Persönliche Teilnahmevoraussetzungen	
Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich mindestens eine oder mehrere dieser Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen.	
Ich habe eine Zulassung/Ermächtigung zur fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und/oder Facharzt für <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Neurologie und Psychiatrie <input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Medizin <input type="checkbox"/> Nervenheilkunde <input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie <input type="checkbox"/> Neurologie <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
und/oder <input type="checkbox"/> Vertragsarzt, der gemäß den Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätig ist oder <input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt/Psychotherapeut (Ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen.)	
<input type="checkbox"/> Zulassung, Vertragsarztsitz/-psychotherapeutensitz und Betriebsstätte sind in Baden-Württemberg. (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Registerauszug)	
<input type="checkbox"/> Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV-Ä. (Nachweis: Selbstauskunft)	
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist erfolgt. (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)	
<input type="checkbox"/> Ich verfüge über die Genehmigung der KV gemäß den entsprechenden Bestimmungen der jeweils aktuellen Psychotherapie-Vereinbarung für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. (Nachweis: KV-Genehmigung zur Erbringung der Richtlinienpsychotherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung)	
Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen	
<input type="checkbox"/>	Psychotherapeutische Gruppenbehandlung (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	Analytische Psychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung – EBM-Ziffer 35210 oder 35411 oder 35412 oder 35415)
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	Neuropsychologische Therapie (Nachweis: KV-Genehmigung)
<input type="checkbox"/>	(Video-) Fernbehandlung (Nachweis: Lizenzvertrag)

Teilnahmeerklärung zum Vertrag über eine besondere psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich in Baden-Württemberg gemäß §140a SGB V

GWQ

Wichtige Hinweise:

- Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/BAG/MVZ die Abrechnungsvoraussetzung erfüllen.
- Falls die vertraglichen Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden, bitten wir Sie den leistungserbringenden Arzt/Psychotherapeuten auf dieser Teilnahmeerklärung anzugeben (nächster Abschnitt).
- Es gilt: Für eingeschriebene Patienten dürfen in Einzelpraxis/BAG/MVZ keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 9) über die KV abgerechnet werden.

Folgende Ärzte/Psychotherapeuten sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig

LANR (7- oder 9-stellig)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Titel, Nachname, Vorname

Fachgebiet

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten (ggf. inkl. Datenübernahme) werden von der MEDIVERBUND AG und der teilnehmenden Krankenkasse (vgl. Anlage 10) ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die teilnehmende Krankenkasse und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen und an die GWQ ServicePlus AG übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die teilnehmende Krankenkasse und ggf. deren beauftragtes Dienstleistungsunternehmen erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der teilnehmenden Krankenkassen, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datschutz-team@medi-verbund.de.
Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datschutz-team@medi-verbund.de.

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.