



## IV-Vertrag leicht gemacht! – Oder: Wie werde ich IV-Arzt?

### ► Warum und wofür brauchen wir einen Vertrag „Integrierte Versorgung (IV) anthroposophische Medizin“?

Anthroposophische Medizin (AM) ist im GKV-System und somit im Bewusstsein der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen nur dann vertreten, wenn Verträge mit Kassen bestehen und öffentlich kommuniziert werden. Satzungsleistungen der Kassen wie Kostenerstattungen (z.B. der BKK Securvita oder die Rückerstattung von Arzneimitteln) reichen nicht aus, da sie innerhalb der Satzung der einzelnen Kasse beschlossen und verändert werden können. Da sich Beihilfestellen und Privatversicherungen zunehmend am Leistungsprofil der GKV orientieren, hat eine Verankerung der AM in der GKV auch auf deren Erstattungspraxis Auswirkungen.

Verträge setzen aber voraus, dass die darin vereinbarten Leistungen annähernd flächendeckend erbracht werden können. Daher bedarf es – insbesondere um große Kassen zu interessieren – mehr eingeschriebener IV-Ärzte (sowie Therapeuten)!

### ► IV-Arzt zu werden, ärztliche Leistungen abzurechnen und Heilmittel zu verordnen, ist einfach! Wir brauchen mehr IV-Ärzte – treten Sie bei!

#### Was muss ich als Arzt tun, um Vertragsteilnehmer zu werden?

Alle Unterlagen finden Sie auf der Website ► [www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung)

Füllen Sie die *Teilnahmeerklärung Ärzte* aus und schicken Sie sie an die GAÄD (Stefanie Kreipl). Als Teilnahmevoraussetzung gilt das Internationale Zertifikat AM der Medizinischen Sektion bzw. die Anerkennung der GAÄD. Mit der Teilnahmeerklärung wird eine *jährliche Verwaltungskostenpauschale der GAÄD* fällig (zwischen 50 € und 120 €, siehe *Informationen zur Durchführung*).

Lassen Sie die *Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patienten* und die *Einwilligungserklärung der PVS pria* vom Patienten unterschreiben und faxen Sie sie an die betreffende Kasse (Faxnummern siehe *Liste Teilnehmende Kassen*), geben Sie dem Patienten eine Kopie und bewahren Sie das Original auf.

Füllen Sie ggf. die *Heilmittelverordnung* (DIN A 5 Formular mit Vorder- und Rückseite) vollständig aus. Gebührenstatus, BSNR und LANR nicht vergessen und ICD 10-Ziffer der Hauptdiagnose eintragen. Verordnungsumfang: max. 12 Einheiten pro Therapiezyklus Heileurythmie, Anthroposophische Kunsttherapie, insgesamt max. 2 Zyklen pro Jahr und ggf. zusätzlich zwei Zyklen Rhythmische Massagen à max. 12 Einheiten.

#### Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD)

**Kontakt** Herzog-Heinrich-Straße 18, 80336 München • **T** (089) 716 77 76-0 **F** (089) 716 77 76-49 • **E-Mail** [info@gaed.de](mailto:info@gaed.de) • **URL** [www.gaed.de](http://www.gaed.de)  
**Eingetragener wissenschaftlich-gemeinnütziger Verein** (e.V.) Reg.-Nr. VR826, Amtsgericht Stuttgart • **Vorstand** Dr. med. Thomas Breitkreuz  
Dr. med. Marion Debus, Dr. med. Gabriela Stammer, Martin-Günther Sterner • **Leitung Akademie** Georg Soldner • **Geschäftsführung** Jakob Marti  
**Bankverbindung** GLS Gemeinschaftsbank eG • **IBAN** DE35 4306 0967 0063 7773 00 • **BIC** GENODEM1GLS • **Umsatzsteuer-ID** DE 147 806 616



### **Wie rechne ich ärztliche Leistungen ab?**

Den *Abrechnungsschein der PVS pria* (Abrechnungsstelle) gemäß den Abrechnungshinweisen vollständig ausfüllen und per Post fristgerecht an die PVS pria schicken zusammen mit dem *Dokumentationsbeleg der PVS pria*.

Sämtliche Formulare und weitere Hinweise finden Sie auf der **Website der GAÄD** unter ▶ **Erstattung und Recht ▶ Integrierte Versorgung**.

Für Rückfragen stehen seitens der GAÄD Stefanie Kreipl ▶ [S.Kreipl@gaed.de](mailto:S.Kreipl@gaed.de) sowie ärztlicherseits Ulrich Geyer ▶ [U.Geyer@gaed.de](mailto:U.Geyer@gaed.de) zur Verfügung. Alle Fragen zu Verordnungen oder der Abrechnungsstelle PVS pria bitte an Barbara Wais (DAMiD) ▶ [wais@damid.de](mailto:wais@damid.de).

- ▶ [www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung)
- ▶ [www.damid.de/erstattungen-kosten/integrierte-versorgung](http://www.damid.de/erstattungen-kosten/integrierte-versorgung)

### **▶ Fortbildungsnachweise bis 31. März einreichen**

Zudem sind jährlich bis spätestens 31. März die Fortbildungsnachweise in Anthroposophischer Medizin (25 Stunden) einzureichen. Sie sollten bis jeweils 31. März an die Geschäftsstelle gesendet werden: Fax (089) 716 77 76-49.

Ihre GAÄD-Geschäftsstelle

# Teilnahmeerklärung

für Ärzte

bitte ausgefüllt  
an die GAÄD

Dokument unter:  
[www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung)

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.-        | Datum   |

## Teilnahme- und Ein

### Bearbeitungshinweise

1. Original in Patienten...
2. Kopie und Merkblatt aushändigen
3. Kopie an die zustän weiterleiten

Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140a SGB V über die „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ zwischen der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD), dem Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE), dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT), dem Berufsverband Rhythmische Massage e.V. (BVRM) und dem Rahmenvertrag beigetretenen Krankenkassen.

### I. Teilnahmeerklärung

- Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot (6 Monate) sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert.
- Mit der Behandlung durch die beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer bin ich einverstanden.
- Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden.
- Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen.
- Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

### II. Beginn und Ende der Teilnahme

- Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem ich die Teilnahmeerklärung unterschreibe.
- Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Bindungsfrist (6 Monate) jederzeit gegenüber der Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen schriftlich gekündigt werden.
- Das Ende der Versicherung bei meiner Krankenkasse hat eine unmittelbare Beendigung an der Teilnahme der „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ zur Folge.

### III. Einwilligung in die Arztbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

### IV. Datenschutzerklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

- Ja**, ich möchte an dem Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140a SGB V über die „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ teilnehmen.
- Ja**, ich wurde über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme umfassend aufgeklärt.

Name, Vorname des Betreuers / Bevollmächtigten /Sorgeberechtigten Elternteils. Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt:

Ich möchte die Leistungen des o.g. Vertrags zwischen den vorgenannten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | 2 | 0 | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / Sorgeberechtigten / Betreuers / Bevollmächtigten

### Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass ich für den / die Versicherte/n, die sich aus dem Vertrag nach § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den / die Versicherte/n über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | 2 | 0 | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.-        | Datum  |

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung

### Bearbeitungshinweise für die Praxen:

1. Original in Patientenakte ablegen
2. Kopie und Merkblatt dem Patienten aushändigen
3. Kopie an die zuständige Krankenkasse weiterleiten

## Patienten-Kontakt

Patient willigt ein:

bitte unterschreiben lassen.  
Original für Patientenakte.  
Kopien an Krankenkasse  
und an Patienten (+Merkblatt).

Dokument unter:  
[www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung)

Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140a SGB V über die „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ zwischen der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD), dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT), dem Berufsverband für Anthroposophische Heilpraktiker e.V. (BVRM) und dem Rahmenvertrag beigetretenen Krankenkassen.

### I. Teilnahmeerklärung

- Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot und die Namen der beteiligten Leistungserbringer informiert.
- Mit der Behandlung durch die beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer bin ich einverstanden.
- Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden.
- Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen.
- Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

### II. Beginn und Ende der Teilnahme

- Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem ich die Teilnahmeerklärung unterschreibe.
- Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach der Teilnahmeerklärung in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.
- Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Bindungsfrist (6 Monate) jederzeit gegenüber der Krankenkasse innerhalb von zwei Wochen schriftlich gekündigt werden.
- Das Ende der Versicherung bei meiner Krankenkasse hat eine unmittelbare Beendigung an der Teilnahme der „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ zur Folge.

### III. Einwilligung in die Arztbindung

- Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.
- Die Krankenkasse behält sich vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden.
- Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

### IV. Datenschutzerklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ umfassend informiert worden. Ich habe das „Merkblatt zur Einwilligungserklärung und zum Datenschutz“ erhalten und bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

**Ja**, ich möchte an dem Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140a SGB V über die „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ teilnehmen.

**Ja**, ich wurde über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme umfassend aufgeklärt.

Name, Vorname des Betreuers / Bevollmächtigten /Sorgeberechtigten Elternteils. Unterschreibt ein Elternteil allein, so erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt:

Ich möchte die Leistungen des o.g. Versorgungsvertrages zwischen den vorgenannten ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | 2 | 0 | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / Sorgeberechtigten / Betreuers / Bevollmächtigten

### Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass ich für den / die Versicherte/n, die sich an dem Vertrag nach § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den / die Versicherte/n über die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | 2 | 0 | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

## Merkblatt zur Teilnahmeerklärung und zum Datenschutz

### Allgemeines

Meine Krankenkasse hat einen Vertrag zur Durchführung Integrierter Versorgung nach § 140a SGB V über die „Versorgung mit Anthroposophischer Medizin“ mit der Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland e.V. (GAÄD), dem Berufsverband Heileurythmie e.V. (BVHE), dem Berufsverband für Anthroposophische Kunsttherapie e.V. (BVAKT), dem Berufsverband Rhythmische Massage e.V. (BVRM) geschlossen.

Die Anthroposophische Medizin ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtung, deren Grundelement die persönliche Arzt-Patienten-Begegnung ist, aus der das Vertrauen entstehen kann, um die verschiedenen Ebenen der menschlichen Existenz umfassend in einer individuellen Diagnose erfassen und in die Therapie einbeziehen zu können. Die Anwendung anthroposophischer Therapieverfahren (Heilmittel) ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell noch vorhandenen Selbstordnungs- bzw. Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

### Teilnahmeerklärung

Ein Behandlungsvertrag im Rahmen meiner Einschreibung in die Integrierte Versorgung kommt lediglich zwischen mir und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten sowie den teilnehmenden nichtärztlichen Leistungserbringern zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen mir und anderen an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, bestehen nicht.

### Kann ich meine Teilnahmeerklärung zurücknehmen?

Durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärzten in Anspruch zu nehmen, die an der Integrierten Versorgung „Anthroposophische Medizin“ teilnehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. **Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist für mich freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift von mir widerrufen werden. Eine Begründung des Widerrufs ist nicht erforderlich. Die Widerrufsfrist beginnt nach Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse genügt zur Fristwahrung.** Durch meinen Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Leistungen aus der Integrierten Versorgung kann ich dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

### Welche Daten werden für die Zwecke der Integrierten Versorgung erfasst?

Im Rahmen der Integrierten Versorgung werden grundsätzlich folgende Daten von mir erfasst:

- Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift und Kontaktdaten
- Versicherungsnummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie
- zu Abrechnungszwecken die Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Leistungs- und Prozedurenschlüssel.

### Wer erhält diese Daten?

Diese Daten stehen den an dem Vertrag beteiligten Leistungserbringern und meiner Krankenkasse zur Verfügung.

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für meine Krankenkasse gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) zur Wahrung des Sozialgeheimnisses.

Damit der an diesem Vertrag teilnehmende ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer eine Vergütung für seine Leistung erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu übermittelt der jeweilige Leistungserbringer gemäß § 295a SGB V seine Daten an das mit der Vertragsabwicklung beauftragte Dienstleistungsunternehmen „PVS pria GmbH“. Dort werden die Daten auf Richtigkeit überprüft.

Diese Daten werden anschließend auf verschlüsseltem elektronischem Weg über die jeweilige Kopfstelle an die zuständige Krankenkasse bzw. einen von ihr beauftragten Abrechnungsdienstleister weitergeleitet. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdaten zahlt meine Krankenkasse die Vergütung an das Dienstleistungsunternehmen „PVS pria GmbH“ aus.

Die an der Integrierten Versorgung beteiligten Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, eine gemeinsame Dokumentation mit den Patientendaten aller Teilnehmer an der Integrierten Versorgung zu führen. Diese Dokumentation muss allen Beteiligten zugänglich sein, wenn es erforderlich sein sollte. Nach dem Gesetz darf mein behandelnder Arzt mich betreffende medizinische Informationen aus dieser gemeinsamen Dokumentation nur mit meiner Zustimmung und nur dann abrufen, wenn diese für den konkreten Behandlungsfall notwendig sind.

Die Teilnahmeerklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung meiner Teilnahme oder bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an diesem Vertrag.

### Kann ich meine Einwilligung zur Nutzung und Speicherung meiner Daten widerrufen?

Ich kann meine Einwilligung in die Nutzung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten **jederzeit** und ohne eine Angabe von Gründen widerrufen. Den Widerruf erkläre ich schriftlich oder per E-Mail gegenüber meiner Krankenkasse. Auf gleichem Wege kann ich eine Berichtigung der Daten veranlassen.

**Durch Widerruf meiner Einverständniserklärung scheidet ich aus dem Programm aus. Kontaktadresse für die Rücknahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sind die üblichen Kontaktdaten meiner Krankenkasse.**

Praxisstempel

## Besondere Versorgung nach § 140a SGB V gemäß Teilnahmeerklärung

Name des Patienten

Krankenkasse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu entlasten, wird die Abrechnung unserer Leistungen in unserem Auftrag von der **PVS pria GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim**, erstellt. Wir werden Ihre dazu erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherungsdaten, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach dem Selektivvertrag und dazugehörige Diagnosen) dorthin weiterleiten (§ 295a SGB V, § 80 SGB X). Die PVS wird daraus die korrekte Abrechnung erstellen und sie an den entsprechenden gesetzlichen Kostenträger weiterleiten. Alle Mitarbeiter der PVS unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dem Datenschutz und dem Sozialgeheimnis. Dabei bleiben wir im Sinne des Datenschutzes der Ihnen gegenüber Verantwortliche.

Die Leistungen der besonderen Versorgung werden unabhängig von Ihrer Einwilligung erbracht. Sie können Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. Ihre Daten dürfen dann noch insoweit weiter verarbeitet werden, wie dies aufgrund gesetzlicher Vorschriften erforderlich ist. Ihre Einwilligung können Sie uns gegenüber schriftlich widerrufen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Dann müssten wir selbst die Abrechnung vornehmen.

**Hiermit erteile ich diese Einwilligung und entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte/Therapeuten und ihre berufsmäßigen Gehilfen zugleich von der Schweigepflicht.**

Datum, Unterschrift (Patientin/Patient)

4.7 Version 25.05.2018

### Einwilligungserklärung

Patient willigt ein

bitte unterschreiben lassen  
Original für Patientenakte

Dokument unter:  
[www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung)

**Remscheider Str. 16  
45481 Mülheim**

**Angabe BSNR/NBSNR**

**Angabe LANR**

**Gültig ab 01.01.2012**

**Diagnose-Schlüssel (ICD-Code)**

Bitte die Diagnosen gut lesbar (Druckschrift) und Qualifizierung (Q) sowie Lokalisation (L) eintragen

**3 bis 5-stelliger ICD**      **Q**      **L**

.      

.      

Patientendaten (Formularkopf links oben drucken oder Aufkleber anbringen)

**Abrechnungsschein ärztliche Leistungen im Rahmen der Integrierten Versorgung mit Anthroposophischer Medizin**

Die unterschriebene Teilnahmeerklärung liegt mir vor

| Leistungsposition  | Datum | SNR    |
|--|-------|--------|
| Anthroposophische Erstbehandlung (*)                                       |       | 920570 |
|  |       | 920571 |
| Anthroposophische Folgebehandlung (*)                                      |       | 920571 |
|  |       | 920571 |
| Anthroposophische Beratung (*)   |       | 920572 |
|  |       | 920572 |
|  |       | 920572 |
| Kommunikation mit dem Therapeuten (*)                                      |       | 920580 |
|  |       | 920580 |
| Behandlungskomplex Anthroposophische Medizin bei schweren Erkrankungen (*) |       | 920578 |
|  |       | 920578 |

(\*) Erläuterungen siehe Rückseite

**Patienten-Abrechnung**

hiermit wird  
für jeden Patienten  
jedes Quartal  
die Abrechnung gemacht

Dokument unter:  
[www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung)

**Die umseitigen und weiteren Abrechnungsbedingungen entsprechend den unter [www.damid.de](http://www.damid.de) einsehbaren IV-Verträgen habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.**

Ich versichere, dass ich die oben abgerechneten Leistungen unter Einhaltung der Bestimmungen des Vertrages vollständig erbracht und insbesondere nicht gleichzeitig über eine Kassenärztliche Vereinigung oder Privatliquidation abgerechnet habe. Für die Einhaltung der Bestimmungen bin ich persönlich verantwortlich und haftbar.

Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis (bitte gut lesbarer Praxisstempel)

Ort, Datum, Unterschrift

# Dokumentationsbeleg

Begleitzettel der Abrechnungsunterlagen

PVS pria GmbH  
Abteilung Neue Versorgungsformen  
Remscheider Str. 16  
45481 Mülheim an der Ruhr

**Anthroposophische Medizin**

**Gültig ab 01.01.2012**

Bitte pro zur Leistungserbringung zugelassenem Arzt einen Dokumentationsbeleg ausfüllen und die Abrechnungsscheine dem entsprechenden Arzt zusortieren. Nur dann ist eine eindeutige Zuordnung von Seiten der PVS pria möglich. Hierzu sind die Angaben der BSNR, bzw. NBSNR und LANR (seit dem 01.07.2008 gültig) verpflichtend, ansonsten erfolgt die Rücksendung der Belege an die Praxis.

(Neben-)Betriebsstättennummer (N-/BSNR)/(9stellig):

Lebenslange Arztnummer (LANR)/(9stellig):

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <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"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Stempel des Absenders:

**auszufüllen von der Praxis**

|                                 |                    |
|---------------------------------|--------------------|
| Gesamtzahl eingereichter Fälle: | Einreichungsdatum: |
|                                 |                    |

**Begleitschein**

für alle  
Abrechnungszettel

> jedes Quartal mitschicken  
> fristgerecht per Post  
(5. Werktag!)

Dokument unter:  
[www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung)

**auszufüllen von der PVS pria**

|                      |                    |               |
|----------------------|--------------------|---------------|
| Gesamtzahl PVS pria: | Einreichungsdatum: | Unterschrift: |
|                      |                    |               |

|                      |  |               |
|----------------------|--|---------------|
| Rückgabe am (Datum): |  | Unterschrift: |
|                      |  |               |
| Anzahl (Stück):      |  |               |
|                      |  |               |
| Grund:               |  |               |
|                      |  |               |
|                      |  |               |
|                      |  |               |
|                      |  |               |



# Verordnung

möglich:

max. 12 / Th. Zyklus  
 max. 2 Zyklen / a  
 +  
 max. 2 Zyklen Rh. M. / a

Dokument unter:  
[www.gaed.de/integrierte-versorgung](http://www.gaed.de/integrierte-versorgung)

Verordn  
 für Heil  
 Anthrop  
 Medizin

ggbs 01.2012

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| <b>Krankenkasse:</b>           |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  | geb. am |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

 Gebühr  
pflicht

 Gebühr  
befreit

**BSNR**

**LANR**

**NAME d. ärztl. Verordners:**

(Sofern nicht aus Stempel eindeutig)

wichtig!

Anzahl und Art der Verordnung      Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland - GAÄD

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |

Diagnose / Leitsymptomatik / ICD 10 Hauptdiagnose

Ggfs. Therapievorschlag / Therapieziele

Weitere Angaben für den Therapeuten

.....  
 Unterschrift des behandelnden Arztes

Arztstempel