

Vertrag

**zur besonderen Versorgung
nach § 140a SGB V**

von

Patienten im Fachgebiet Psychotherapie

zwischen

**der GWQ ServicePlus AG
Ria-Thiele-Str. 2a
40549 Düsseldorf
-vertreten durch den Vorstand-
(nachstehend GWQ genannt)**

und

**Auftragnehmer
MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart
-vertreten durch den Vorstand-
(nachstehend AN genannt)**

Präambel

Die ambulante Versorgung im Fachgebiet Psychotherapie ist ein elementarer und unverzichtbarer Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. Dieser Vertrag dient dazu, eine enge Zusammenarbeit zwischen den Vertragspartnern zur Steigerung der Versorgungsqualität von psychisch kranken Patienten zu schaffen. Ziel ist es insbesondere, den erkrankten Versicherten ein qualitativ hochwertiges Angebot durch eine optimierte psychotherapeutische Versorgung anzubieten, welches die Vorrangigkeit der ambulanten Versorgung berücksichtigt und hiermit zur Verringerung und Vermeidung von Rückfallquoten, zur Vermeidung von Folgekosten durch eine Chronifizierung sowie zur Steigerung der Behandlungsqualität beiträgt. Zur Förderung von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit sollen ausschließlich solche Maßnahmen angeboten werden, die auf den individuellen Bedarf der einzelnen Versicherten ausgerichtet sind und für die jeweilige Patientensituation hilfreich erscheinen. Dieser Vertrag umfasst daher verschiedene Leistungselemente, die in unterschiedlichen Kombinationen genutzt werden können. Durch diese wird eine zeitnahe und flächendeckende Versorgung durch psychotherapeutisch tätige, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in Baden-Württemberg angestrebt.

§ 1 Vertragsgegenstand und Ziele

- (1) Diese Vereinbarung regelt im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V die qualitativ hochwertige Versorgung von Patienten im Fachgebiet Psychotherapie durch die am Vertrag teilnehmenden ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen (folgend Ärzte/Psychotherapeuten genannt) gemäß **Anlage 7**.
- (2) Die Leistungen nach diesem Vertrag finden Anwendung für Versicherte der an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen gemäß **Anlage 4**.
- (3) Ziel der Vereinbarung ist es, eine optimierte Behandlung für Versicherte mit psychischen Erkrankungen auf Grundlage einer engen Zusammenarbeit der Vertragspartner zu erbringen.
- (4) Die besondere ambulante Versorgung soll insbesondere Wartezeiten reduzieren und eine patientenorientierte, lückenlose Behandlung sicherstellen mit dem Ziel, stationäre Behandlungen zu vermeiden. Dies erfolgt durch eine passgenaue Steuerung in die für den Versicherten geeigneten Leistungen durch den teilnehmenden Arzt/Psychotherapeut. Hierdurch sollen Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit gesteigert werden.
- (5) Die Aufgaben und Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind keine Bestandteile dieses Vertrags.

§ 2 Aufgaben des Auftragnehmers

- (1) Der Auftragnehmer („AN“) übernimmt Management- bzw. Koordinationsaufgaben für die besondere psychotherapeutische Versorgung nach diesem Selektivvertrag. Der AN ermöglicht die besondere psychotherapeutische Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrags in Baden-Württemberg, indem er u. a. teilnahmeberechtigte Leistungserbringer für diesen Vertrag über das Bestehen und den Inhalt dieses Vertrags informiert, die Teilnahmeberechtigung eigenständig prüft und die Abrechnungen der beteiligten Leistungserbringer durchführt.
- (2) Zu den Koordinations-/Managementleistungen des AN zählen insbesondere:
- Schulung interessierter und teilnehmender Ärzte und Psychotherapeuten (im Folgenden "Leistungserbringer" sowie "LE") über den Inhalt und die Durchführung dieses Vertrags, insbesondere über die Abrechnungsmodalitäten.
 - Fortlaufende Akquise von LE über die Vertragslaufzeit.
 - Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen der LE gemäß § 4a und Information über das (Zwischen-) Ergebnis der Prüfung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung.
 - Erstellung und Pflege sowie Übermittlung eines Verzeichnisses der teilnehmenden Leistungserbringer an die von den Krankenkassen beauftragten Dienstleister mindestens einmal im Quartal.
 - Prüfung, Durchführung und Dokumentation der Abrechnung der LE (Datenüberprüfung und Datenweiterleitung nach § 295a SGB V).
 - Überprüfung der Erfüllung der Pflichten der für die Versorgung der Versicherten eingesetzten LE.
 - Veröffentlichung von freien Therapieplätzen für Versicherte für besondere psychotherapeutische Versorgung bei teilnehmenden LE auf der Internetseite des AN.
 - Austausch kassenindividueller Versichertenverzeichnisse in elektronischer Form mit den am Vertrag teilnehmenden von den Krankenkasse beauftragten Dienstleistern.
 - Zusammenführung der kassenindividuellen Versichertenverzeichnisse zu einem zentralen Verzeichnis und monatliche Bereitstellung dieses Verzeichnisses für die GWQ.
- (3) Der AN kann in Abstimmung mit dem Projektbeirat Dritte zur Erfüllung ihrer Aufgaben einbeziehen oder beauftragen. Sie erbringt selbst keine ärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen und übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.
- (4) Weitere Aufgaben des AN werden in **Anlage 7** geregelt.

§ 3 Teilnahmevoraussetzung, der Ärzte/Psychotherapeuten

- (1) Die Teilnahme der Leistungserbringer an der besonderen Versorgung ist freiwillig.

- (2) Zur Teilnahme und Durchführung der Leistungen gemäß **Anlage 7** sind die Leistungserbringer berechtigt, die folgende Voraussetzungen erfüllen:
- a. Zugelassene Vertragsärzte/-psychotherapeuten gem. § 95 Abs. 1 SGB V, ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten (Erbringung gilt für die Dauer der persönlichen Ermächtigung) sowie Vertragsärzte/-psychotherapeuten, die gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bei einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V angestellt sind, welches gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V an der fachärztlichen Versorgung teilnimmt,
 - b. anerkannte Psychologische Psychotherapeuten und/oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gem. § 1a Nr. 3 Bundesmanteltarifvertrag – Ärzte (BMV-Ä)
oder
 - c. berechnigte Ärzte, die eine der folgenden Facharztbezeichnungen vorweisen können:
 - i. Neurologie,
 - ii. Nervenheilkunde,
 - iii. Neurologie und Psychiatrie,
 - iv. Psychiatrie und Psychotherapie,
 - v. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
 - vi. Psychotherapeutische Medizin,
 - vii. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
 - viii. Hausärzte mit der Abrechnungsgenehmigung aus dem EBM-Kapitel 35*oder*
 - d. gem. der Bedarfsplanungsrichtlinien ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte,
 - e. die Leistungserbringer sind gem. der jeweils aktuellen Psychotherapievereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen genehmigt,
 - f. nehmen an der Qualitätssicherungsvereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gem. § 137 SGB V teil sowie an fachspezifischen/programmrelevanten Fortbildungen gem. Qualitätssicherungsvereinbarung. Dauer und Umfang der Fortbildungen sind innerhalb der Qualitätssicherungsvereinbarung geregelt.
- (3) Die Leistungserbringer weisen ferner, soweit sie entsprechende Leistungen durchführen, Zusatzqualifikationen für folgende psychotherapeutische Verfahren auf (Nachweis durch Zeugnisse/Bescheinigungen oder Selbstauskunft in der Teilnahmeerklärung):
- a. Hypnose, Entspannungsverfahren einzeln oder in Gruppen
 - b. Systemische Psychotherapie
 - c. Hypnotherapie
 - d. Interpersonelle Psychotherapie
 - e. Eye Movement Desensitization and Reprocessing-Therapy (EMDR)
 - f. Psychoanalyse
 - g. Psychotherapie als Gruppenbehandlung
 - h. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 - i. Neuropsychologie
- (4) Weiterhin erfüllen die Leistungserbringer folgende Teilnahmevoraussetzungen:
- a. Vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in zeitlichem Umfang gemäß

- Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV-Ä,
- b. Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) sowie einer onlinefähigen IT gemäß **Anlage 10** und einem Faxgerät oder Angabe einer E-Mail-Adresse,
 - c. Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software („Vertragssoftware“) in der jeweils aktuellsten Version gemäß **Anlage 10**,
 - d. Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten bzw. den psychotherapeutisch tätigen angestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeuten bzw. MVZ angestellte/n medizinische/n Fachangestellte/n – sofern vorhanden – erfolgen. Der AN ist berechtigt, auch andere Schulungen als Teilnahmevoraussetzung anzuerkennen, soweit die betreffende vom LE absolvierte Schulung den gleichen Inhalt oder vergleichbaren Inhalt hat.
 - e. Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung gemäß den Mindestanforderungen der für den jeweiligen LE geltenden Berufsordnung.
- (5) Die Leistungserbringer verpflichten sich, die geltenden Regelungen (SGB V, BMÄ, Heilmittel-Richtlinien usw.) einzuhalten, sofern nichts anderes geregelt ist.
- (6) Die Ärzte/Psychotherapeuten, die die oben genannten Voraussetzungen erfüllen, können gem. **Anlage 3** ihre Teilnahme gegenüber dem AN beantragen und die entsprechenden Nachweise vorlegen. Die Teilnahme beginnt mit der Bestätigung der Teilnahme des LE durch den AN.
- (7) Die Leistungserbringer können ihre Teilnahme schriftlich gegenüber dem AN frühestens nach Ablauf eines Kalenderjahres innerhalb einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Soweit eine ordentliche Kündigung des Leistungserbringers erfolgt, sorgt der LE für einen geordneten Übergang der bereits begonnenen Behandlungsfälle. Die vor einer Kündigung bereits begonnenen Behandlungsfälle werden zu Ende geführt. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund durch den Arzt/Psychotherapeuten bleibt unberührt. Die Teilnahme endet außerdem:
- a. mit Ende dieses Vertrags,
 - b. sofern die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr gegeben sind,
 - c. wenn ein schwerwiegender oder wiederholter Verstoß gegen die Verpflichtungen dieses Vertrags vorliegt. Sollte es hinsichtlich des Verstoßes zu Unstimmigkeiten zwischen den Vertragsparteien und den teilnehmenden Krankenkassen kommen, wird der Lenkungsausschuss nach § 13 einberufen und entscheidet über den Ausschluss des Leistungserbringers.
- (8) LE sind verpflichtet, soweit möglich, die relevante Änderungen mindestens drei Monate vorab schriftlich anzuzeigen, sollte dies nicht möglich sein unverzüglich nach Kenntniserlangung. Dies sind u. a
- Umzug der Praxis des Arztes/Psychotherapeuten (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel

der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten; Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung,

- Stellung eines Insolvenzantrags bezogen auf das Vermögen des Arztes/Psychotherapeuten (Vertragsarzt/Vertragspsychotherapeut/MVZ),
- Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Stammdaten des Arztes/Psychotherapeuten (Stammdatenblatt),
- Entfallen der Teilnahmeberechtigung sowie der Teilnahmevoraussetzung.

§ 4a Aufgaben der Ärzte/Psychotherapeuten

(1) Die LE sind gegenüber dem AN zur besonderen Versorgung der teilnehmenden Versicherten der am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen nach Maßgabe dieses Vertrags verpflichtet:

- Aufklärung der die teilnahmeberechtigten Versicherten der am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse über Inhalt und Folgen der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag und Einholung der Teilnahmeerklärungen der Versicherten gem. § 140a Abs. 4 SGB V sowie Information zum Datenschutz und über die Datenschutz-Grundverordnung unter Verwendung der Versicherteninformation zur Teilnahme und Datenverarbeitung.
- Erbringung der psychotherapeutischen Leistungen nach diesem Vertrag für die eingeschriebenen Versicherten der am Vertrag teilnehmenden Krankenkasse nach **Anlage 7** dieses Vertrags.
- Übergabe der versichertenspezifischen Praxisdokumentation bei Wechsel des LE auf Wunsch und mit Einverständnis des Versicherten an den folgebehandelnden LE; Information des Versicherten über teilnehmende LE in zumutbarer Entfernung durch MEDI-Arztsuche.
- Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD-10-Kodierungen - sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich - nach Abschluss der Diagnostik innerhalb von in der Regel fünf Werktagen an den weiterbehandelnden Facharzt, Hausarzt und Psychotherapeuten.
- Erstellung der Mitteilung über die Beendigung der Teilnahme gemäß **Anlage 6**.

(2) Die LE halten zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ folgende organisatorische Voraussetzungen für teilnahmeberechtigte Versicherte vor:

- a. Der Erstkontakt findet innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung, bzw. innerhalb von drei Tagen nach Diagnosesicherung in dringlichen psychotherapeutischen Fällen im Sinne der zeitnahen akuten Versorgung statt (PTE1(KJ)) gemäß **Anlage 7**. Das gilt auch für Patienten, die durch das Versorgungsmanagement der am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen angemeldet werden. Längere Fristen bleiben besonderen Ausnahmefällen vorbehalten.
- b. Therapiebeginn spätestens vier Wochen nach Diagnosesicherung bei psychotherapeutischer Erstbehandlung (PTE2(KJ)) gemäß **Anlage 7**, bzw. spätestens nach 7 Tagen nach Diagnosesicherung in dringlichen psychotherapeutischen Fällen im Sinne der zeitnahen akuten Versorgung (PTE1(KJ)) gemäß **Anlage 7**. Das gilt auch für Patienten, die durch das

- Versorgungsmanagement der am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen angemeldet werden.
- c. In der Regel Begrenzung der Wartezeit bei vorab vereinbarten Terminen auf 30 Minuten (bevorzugte Behandlung von Not-/Akutfällen).
 - d. Vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Tätigkeit im zeitlichen Umfang gemäß den Vorgaben des § 17 Abs. 1a BMV-Ä oder einer diese ersetzenden Vorschrift in seiner jeweils gültigen Fassung.
 - e. Angebot mindestens einer Abendsprechstunde (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr.
- (3) Die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen behalten sich vor, ihrerseits darauf hinzuwirken, teilnahmeberechtigte Versicherte an die teilnehmenden LE zu verweisen. Das Recht des Patienten auf freie Arztwahl bleibt hiervon unberührt.
- (4) Mit ihrer Teilnahme erkennen die LE die zwischen dem AN und ihnen zu treffenden Regelungen zur Umsetzung dieses Vertrags an.

§ 4b (Video-) Fernbehandlung

- (1) Unter Einhaltung der Anlage 31b BMV-Ä und der Bestimmungen der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg bzw. der Landesärztekammer Baden-Württemberg sowie unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Bundespsychotherapeutenkammer ist der Arzt/Psychotherapeut berechtigt, Leistungen gemäß der **Anlagen 7 und 8** dieses Vertrags in Form einer (Video-) Fernbehandlung durchzuführen.
- (2) Zur Abrechnung des Strukturzuschlags PTQ1 gem. **Anlage 8** ist eine Genehmigung des AN erforderlich. Eine Genehmigung ist möglich, wenn der Arzt/Psychotherapeut einen Vertrag zur Anwendung einer von der KBV gemäß § 5 der Anlage 31b BMV-Ä zertifizierten Software der AN vorlegt. Veränderungen, die Abrechnungen des PTQ1 betreffen, sind der AN anzuzeigen. Sollte es sich um rückwirkende Veränderungen handeln, ist die AN berechtigt, rückwirkende Abrechnungskorrekturen vorzunehmen.

§ 5 Qualitätssicherung

- (1) Zur Anwendung der besonderen ambulanten Behandlung nach diesem Vertrag sind die S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V zu befolgen. Danach handelt es sich um eine leitlinienorientierte, evidenzbasierte Behandlung zur Diagnostik und Therapie, die nach wissenschaftlichen Standards abgesichert ist.
- (2) Der Arzt/Psychotherapeut legt dem AN jährlich einen Nachweis über seine Fortbildungen vor, die er gemäß § 95d SGB V erfüllt hat. Hierbei gelten die Regelungen nach § 4a dieses Vertrags für die Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen.

§ 6 Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme des Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig.

- (2) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen, bei welchen eine Erkrankung der Diagnosegruppen F00*-F99* nach ICD 10 oder der Verdacht auf eine solche Erkrankung vorliegt. Die Ärzte/Psychotherapeuten übernehmen eine abschließende Indikationsstellung. Hierfür findet die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) Anwendung mit Ausnahme von außervertraglichen Therapieformen, die bisher durch den GBA nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse über ihre Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abgelehnt wurden.
- (3) Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an der besonderen Versorgung schriftlich gemäß **Anlage 1** gegenüber seiner Krankenkasse.
- (4) Seine Teilnahme kann der Versicherte innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt der Bestätigung widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Der Widerruf muss schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse erfolgen. Er bedarf keiner Begründung. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Anschließend ist eine Kündigung durch den Versicherten jederzeit nur aus wichtigem Grund möglich.
- (5) Die Teilnahme des Versicherten an der besonderen Versorgung endet außerdem
- mit der Abschlussmitteilung (PTZ5) gemäß der **Anlage 6** durch den Arzt/Psychotherapeuten an die GWQ benannte Stelle,
 - mit dem Wechsel zu einer anderen Krankenkasse oder mit dem Ende des Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.
 - mit der Kündigung der Teilnahme des Versicherten gemäß Teilnahmeerklärung,
 - mit dem Datum, an dem die Krankenkasse des Versicherten seine Teilnahme am Vertrag aufgrund von fehlender Mitwirkung beendet. Die Krankenkasse informiert den LE hierüber.
 - wenn eine Teilnahmefähigkeit aufgrund einer schweren Grunderkrankung nicht mehr gegeben ist oder der Versicherte verstorben ist,
 - wenn der Arzt/Psychotherapeut seine Teilnahme am Vertrag kündigt
 - zum Zeitpunkt zu dem die Krankenkasse den Vertrag gegenüber der GWQ gem. § 15 Abs. 4 kündigt.
- (6) Die teilnehmende Krankenkasse informiert den AN sowie den teilnehmenden Arzt/Psychotherapeuten unverzüglich bei Vorliegen der Tatbestände des § 6 Abs. 5 lit. b, c, d und ggf. e.
- (7) Eine erneute Teilnahme des Versicherten ist nur nach ausdrücklicher Genehmigung durch die teilnehmende Krankenkasse möglich. Dies gilt nur bei Vorliegen des gleichen Krankheitsbildes/der gleichen Diagnose bezogen auf die gleiche Betriebsstätte, die den Versicherten behandelt.

§ 7 Vergütung und Abrechnung

- (1) Der teilnehmende Arzt/Psychotherapeut hat Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die einzel-

nen Leistungen. Die Vergütungshöhe für die einzelnen Leistungen sowie die spezifischen Abrechnungsmodalitäten werden in **Anlage 8** geregelt. Der Vergütungsanspruch der LE richtet sich gegen die Managementgesellschaft. Die Abrechnung erfolgt ausschließlich über die MEDIVERBUND AG unter Berücksichtigung des Datenträgeraustausches nach § 295 Abs. 1b SGB V und den zwischen MEDIVERBUND AG und den LE zu treffenden Regelungen zur Umsetzung des Vertrages. Der LE hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.

- (2) Mit der Vergütung sind sämtliche in Anlage 8 vereinbarten Leistungen der Leistungserbringer für die Behandlung abgegolten. Die Leistungserbringer verpflichten sich gegenüber dem AN, keine weitere Zuzahlung bzw. Aufzahlungen bei den Krankenkassen oder den Versicherten zu erheben.
- (3) Die nach diesem Vertrag in Anlage 8 geregelten Leistungen dürfen nicht als IGEL-Leistungen gegenüber dem Versicherten abgerechnet werden. Die nach diesem Vertrag geregelten Leistungen dürfen nicht in Verbindung mit den in **Anlage 9** angegebenen EBM-Ziffern gegenüber der KV abgerechnet werden. Der Vergütungsanspruch aus diesem Vertrag für die durchgeführten Leistungen besteht ausschließlich gegenüber den teilnehmenden Krankenkassen, sofern es sich um einen in die Behandlung eingeschriebenen Versicherten der beigetretenen Krankenkasse handelt.
- (4) Die Abrechnung der Leistungen gem. **Anlage 8** setzt die Einschreibung der Versicherten durch eine schriftliche Teilnahmeerklärung gem. **Anlage 1** voraus. Für Leistungen, die der jeweilige LE im Rahmen der besonderen Versorgung nach diesem Vertrag erbracht hat, bevor er über einen Widerruf oder eine Kündigung oder ein nicht bestehendes Versichertenverhältnis oder einen nicht bestehenden Leistungsanspruch Kenntnis erlangt hat oder grob fahrlässig nicht erlangt hat, ist der jeweilige LE zur Vergütung berechtigt.
- (5) Die AN macht die Ansprüche für die Leistungen nach diesem Vertrag durch eine kalenderquartalsbezogene Abrechnung gegenüber den am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen bzw. deren Dienstleistern geltend. Als Zahlungsziel wird ein Zeitraum von 14 Tagen nach Rechnungseingang vereinbart. Für die Rechnungslegung der ambulant ärztlichen Leistungen aus diesem Vertrag gelten die Bestimmungen des § 295a SGB V in Verbindung mit der jeweils gültigen Technischen Anlage zu den diesbezüglichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes.
- (6) Zusätzlich zur Rechnungslegung nach Abs. 5 erstellt der AN einen körperlichen Rechnungsbrief und übersendet diesen an die Krankenkasse oder deren Dienstleister.
- (7) Die teilnehmende Krankenkasse kann nach Erhalt der Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen innerhalb von 24 Monaten gegenüber dem AN geltend machen.
- (8) Notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes gemäß Anlage 9 aufgrund von Leis-

tungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V stimmt der Arzt/Psychotherapeut bereits jetzt zu.

§ 8 Ausschluss von Doppelabrechnungen

- (1) Abrechnungen zusätzlich zu den vertraglich vereinbarten Leistungen über die KV Baden-Württemberg sind ausgeschlossen. Eine Abrechnung von vertraglich vereinbarten Leistungen schließt unter Berücksichtigung von Anlage 9 eine Abrechnung über die KV Baden-Württemberg aus („Doppelabrechnung“).
- (2) Bei Auftreten einer Doppelabrechnung verpflichtet sich der AN nach Anforderung der teilnehmenden Krankenkasse die doppelt an die KV gezahlte Vergütung zu erstatten. Ein Widerspruch gegen die Zahlungsaufforderung ist vom AN innerhalb von 14 Tagen unter Angabe von berechtigten Gründen zu erheben. Sofern kein fristgemäßer Widerspruch erfolgt, ist der Erstattungsbetrag innerhalb von 14 weiteren Tagen an die teilnehmende Krankenkasse zu überweisen. Die Managementgesellschaft verrechnet die an die KV gezahlte Vergütung mit der nächstmöglichen Quartalsabrechnung an die teilnehmenden Krankenkasse. Die Managementgesellschaft ist berechtigt den Erstattungsbetrag einschließlich der Bearbeitungsgebühr nach Abs. 3 mit der Quartalsabrechnung des Les zu verrechnen. Sollte keine Verrechnung möglich sein, erfolgt eine Erstattung.
- (3) Die teilnehmenden Krankenkassen können eine Bearbeitungsgebühr je Doppelabrechnung in Höhe von pauschal 10 € je Behandlungsfall zusätzlich des nach Absatz 2 zu erstattenden Betrags beim AN geltend machen.

§ 9 Teilnahme der Krankenkassen

- (1) Dieser Vertrag wird zwischen dem AN und der GWQ geschlossen. Er gilt für die Versicherten der Aktionärs- und Kundenkassen (nachfolgend Krankenkassen genannt), die den Beitritt zu diesem Vertrag gegenüber der GWQ rechtsverbindlich und schriftlich erklären. Die GWQ informiert die Vertragspartner über den Beitritt und den Zeitpunkt, zu dem dieser Beitritt gilt.
- (2) Die Krankenkassen erklären ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der GWQ mit Bindungswirkung gegenüber dem AN.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden in **Anlage 4** zur Übermittlung an den AN aufgelistet.
- (4) Im Fall der Fusion von Krankenkassen tritt in der Regel die neue Krankenkasse in die Rechte und Pflichten der bisherigen Krankenkasse ein, § 144 Abs. 4 SGB V gilt entsprechend. Die Krankenkasse kann jedoch hiervon Abweichendes vereinbaren.

§ 10 Datenschutz

- (1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten sowie der Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse im Sinne § 67 Abs. 2 Satz 1 SGB X nach dem Sozialgesetzbuch und zum Schutz personenbezogener Daten nach dem Bundesdatenschutzgesetz (neu), der EU-Datenschutz-Grundverordnung (insbesondere Art. 5, 6 und 9 der DSGVO) sowie des § 295 Abs. 1b SGB V einzuhalten und nur zur Erfüllung der aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragsparteien unterliegen hinsichtlich den Versicherten sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
- (2) Die Vertragsparteien sind jeweils für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen nach den allgemeinen Gesetzen sowie nach dieser Vereinbarung verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen sicherzustellen.
- (3) Im Rahmen der Information des Versicherten über diese ergänzende Leistung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung und -verarbeitung unter besonderem Hinweis auf die Erhebung von Sozial- und Gesundheitsdaten aufgeklärt, da jede Übermittlung personenbezogener Daten, insbesondere von Sozial- und Gesundheitsdaten, der Einwilligung des Betroffenen bedarf.
- (4) Soweit der AN eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt, hat diese sicherzustellen, dass die in § 295 Abs. 1b SGB V genannten Voraussetzungen erfüllt werden.
- (5) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahme durch einen Versicherten, werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten gelöscht bzw. deren Verarbeitung gesperrt, soweit aus anderen Gründen eine Befugnis zur entsprechenden Datenverarbeitung gegeben ist. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.
- (6) Im Übrigen wird auf die Regelungen in den Anlagen 10 verwiesen.

§ 11 Geheimhaltung

- (1) Die Vertragsparteien sowie die teilnehmenden Krankenkassen sind verpflichtet, die im Rahmen dieses Vertrags von einer der vertragschließenden Parteien zugänglich gemachten Informationen, sonstige Interna einschließlich der betriebsinternen Abläufe und sonstiger Geschäftsvorgänge, sowie Kenntnisse der Daten, die sie bei oder anlässlich der Erfüllung ihrer Vertragspflichten über Angelegenheiten etwa kommerzieller, technischer oder organisatorischer Art erlangen, ausschließlich zum Zwecke der Vertragserfüllung zu verwenden, vertraulich zu behandeln und während der Dauer sowie nach Beendigung dieses Vertrags ohne schriftliche Einwilligung der Vertragspartner 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 dieses Vertrags beschränkt. Die Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse einer wissenschaftlichen Evaluation sind hiervon ausgenommen. Die Durchführung von Evaluationen und die Veröffentlichung deren Ergebnisse werden vorab im Projektbeirat gemäß § 12 Abs. 2 lit f abgestimmt.

- (2) Die in Abs. 1 genannten Geheimhaltungsverpflichtungen gelten nicht für Informationen, die
- a. bereits zum Zeitpunkt ihrer Übermittlung der Öffentlichkeit bekannt sind oder
 - b. bereits vor der Übermittlung durch die offenlegende Partei berechtigterweise im Besitz einer der Vertragsparteien waren oder
 - c. den Vertragsparteien durch eine andere Quelle als die offenlegende Partei berechtigterweise zugänglich gemacht wurden oder die in einer anderen Weise als durch Verletzung dieser Verpflichtung in die Öffentlichkeit gelangt sind.

§ 12 Projektbeirat

- (1) Im Zuge der gemeinsamen Weiterentwicklung und Durchführung dieses Vertrags bilden die Vertragsparteien einen Projektbeirat. Der Projektbeirat besteht aus jeweils mindestens zwei Vertretern der GWQ und zwei Vertretern der AN. Die Beschlüsse des Projektbeirats werden mit einfacher Mehrheit der Vertragspartner getroffen. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt. Die Vertragspartner können weitere Vertreter oder Dritte, z. B. Berufsverbände beratend hinzuziehen.
- (2) Der Projektbeirat berät über Vorschläge zur Weiterentwicklung dieses Vertrags, klärt Meinungsverschiedenheiten und entscheidet über Angelegenheiten der Qualitätssicherung. Zu seinen Aufgaben gehören unter anderem:
- a. Weiterentwicklung der Vertragsprozesse und -inhalte
 - b. Bewertung der Vertragsumsetzung und Routineprozesse
 - c. Bewertung von Wirtschaftlichkeit und Effektivität
 - d. Auslegung von Vertragsformulierungen
 - e. Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit

Darüber hinaus bespricht er erforderliche Vertragsanpassungen im Fall, dass die Voraussetzungen dieser Vereinbarung aus wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen.

- (3) Meinungsverschiedenheiten, die die Versorgung einzelner Versicherter betreffen, sind grundsätzlich zwischen der jeweiligen Krankenkasse und dem teilnehmenden Arzt/Psychotherapeut zu klären. Sollte es zu keiner Einigung kommen, wird der Lenkungsausschuss auf Antrag des ANs oder der Krankenkasse einberufen und entscheidet über das weitere Vorgehen.
- (4) Der Lenkungsausschuss trifft sich bei Bedarf innerhalb von sechs Wochen nach Absprache auf Antrag eines Vertragspartners, jedoch mindestens einmal jährlich.

- (5) Der Projektbeirat kann zur Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Beitrittsvoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden. In diesem Fall bedarf es der einfachen Mehrheit der Stimmen der Mitglieder des Projektbeirats ausschließlich weiterer Vertreter oder Dritte im Sinne des Absatzes 1.

§ 13 Öffentlichkeitsarbeit/Publikationen

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen verpflichten sich, den Versicherten die Teilnahme an dem vertragsgegenständlichen Versorgungsangebot zu ermöglichen. Dazu informieren sie potenzielle Versicherte im Gespräch umfassend über die Inhalte und Vorteile sowie die Modalitäten zur Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.
- (2) Alle Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit über diesen Vertrag erfolgen nach Abstimmung zwischen der GWQ ServicePlus AG und dem AN unter Berücksichtigung der berufs- und datenschutzrechtlichen Regelungen.
- (3) Die GWQ ServicePlus AG und der AN dürfen über den Vertrag informieren und hierzu publizieren.

§ 14 Haftung

Die in diesem Vertrag geregelten Pflichten der unterzeichnenden Parteien untereinander sind abschließend. Jede abschließende Partei haftet nur für die ihr durch diesen Vertrag ausdrücklich auferlegten Verpflichtungen. Keine vertragsschließende Partei haftet einer anderen vertragschließenden Partei subsidiär, wenn die primär verpflichtete vertragschließende Partei ausfällt. Die GWQ, die beigetretenen Krankenkassen sowie der AN haften nicht für durch Behandlungsfehler verursachte Schäden, die durch die am Vertrag teilnehmenden Ärzte/Psychotherapeuten verursacht werden.

§ 15 Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2020 in Kraft. Die besondere psychotherapeutische Versorgung nach diesem Vertrag beginnt am 1. April 2020.
- (2) Der Vertrag wird über eine Laufzeit von 2 Jahren geschlossen. Er verlängert sich automatisch um 2 weitere Jahre, wenn er nicht von dem AN oder der GWQ mit einer Frist von 3 Monaten zum Vertragsende gekündigt wird. Die Parteien erklären, dass sie eine Laufzeit von 4 Jahren beabsichtigen.
- (3) Nach Ablauf des 31.12.2024 kann der Vertrag sowohl vom AN als auch von der GWQ mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (4) Sofern die Krankenkasse das Vertragsverhältnis auflösen will, so ist hierfür eine Kündigung durch die Krankenkasse gegenüber dem AN nach den vertraglichen Regelungen erforderlich. Gleichzeitig erfolgt eine entsprechende Information durch den AN an die GWQ. Es gelten die

Fristen nach Abs. 2 und Abs.3.

- (5) Wird die Kündigung von dem AN ausgesprochen, so ist sie gegenüber der GWQ mit Wirkung für alle teilnehmenden Krankenkassen zu erklären. Die GWQ wird die Krankenkassen über die Kündigung unverzüglich unterrichten.
- (6) Die Vertragspartner haben das Recht zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund. Als wichtiger Grund in diesem Sinne gilt/gelten insbesondere:
 - a. Eine gerichtliche Entscheidung sowie gesetzliche oder aufsichtsrechtliche Maßnahme, die dieser Vereinbarung die rechtliche oder tatsächliche Grundlage ganz oder teilweise entzieht.
 - b. Ein wiederholter oder schwerwiegender Verstoß der Vertragspartner gegen die Inhalte dieses Vertrags.
- (7) Der AN gewährleistet, dass mindestens 100 der Vertragspsychotherapeuten/Ärzte mit Zulassung, Vertragsarzt-/Vertragspsychotherapeutensitz und Betriebsstätte des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten in Baden-Württemberg innerhalb von einem Jahr nach Vertragsbeginn ihre Teilnahme erklärt haben und nach § 3 zur Teilnahme berechtigt sind. Hinsichtlich der räumlichen Verteilung der teilnehmenden Leistungserbringer sind insbesondere die Versichertenschwerpunktregionen der teilnehmenden Krankenkassen zu berücksichtigen. Sollte ein Jahr nach Vertragsbeginn die Anzahl von 100 der Vertragspsychotherapeuten/Ärzte mit Zulassung, Vertragsarzt /Vertragspsychotherapeutensitz des Vertragsarztes/Vertrags psychotherapeuten/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten in Baden-Württemberg, welche nach § 3 zur Teilnahme berechtigt sind, nicht erreicht sein, hat die GWQ ein außerordentliches Kündigungsrecht.
- (8) Der AN kann bei Vorliegen eines wichtigen Grundes eine außerordentliche Kündigung auch gegenüber einzelnen Krankenkassen aussprechen. Der Sachverhalt ist vom AN vor Kündigung im Projektbeirat mit dem Vertragspartner zu besprechen. Eine Kündigung ist per Einschreiben/Rückschein direkt gegenüber der Krankenkasse zu erklären. In diesem Fall ist die GWQ unverzüglich über die ausgesprochene Kündigung zu informieren.

§ 16 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags oder der Anlagen unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart grundlegend war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Die Parteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

(2) Ergibt sich die Notwendigkeit von Änderungen aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Rahmenvereinbarung, verpflichten sich die Vertragsschließenden, unverzüglich eine Anpassung oder Klarstellung herbeizuführen.

(3) Gerichtsstand ist Düsseldorf.

Düsseldorf, den _____

Dr. Johannes Thormählen (M.H.A.)
Vorstand
GWQ ServicePlus AG

Stuttgart, den _____

Frank Hofmann
Vorstand
MEDIVERBUND AG

Dr. jur. Wolfgang Schnörer
Vorstand
MEDIVERBUND AG

Anlagenverzeichnis zum Vertrag

Anlage 1	Teilnahmeerklärung Versicherter
Anlage 2	Versicherteninformation zur Teilnahme und Datenverarbeitung
Anlage 3	Teilnahmeerklärung Arzt/Psychotherapeut
Anlage 4	Verzeichnis teilnehmende Krankenkassen
Anlage 5	Verzeichnis teilnehmende Ärzte/Psychotherapeuten
Anlage 6	Mitteilung über Beendigung Teilnahme Versicherter
Anlage 7	Versorgungsablauf und Leistungsbeschreibung
Anlage 8	Vergütung/Honorar Ärzte/Psychotherapeuten
Anlage 9	Versorgungsziffernkranz
Anlage 10	Datenübermittlung/Vertragssoftware
Anhang 1 zur Anlage 10	Darstellung des Datenflusses
Anlage 11	unbesetzt
Anlage 12	Muster Beitrittserklärung