



## Wie werde ich Ärztin/Arzt im Vertrag zur Besonderen Versorgung?

### BV-Vertrag leicht gemacht!

#### ► Warum und wofür brauchen wir einen „Vertrag zur Besonderen Versorgung (BV) mit Anthroposophischer 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 von Kassen mit erweiterten Kostenerstattungen sind insofern nicht ausreichend, 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 Anthroposophischen Medizin 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 BV-Ärzt:innen (sowie Therapeut:innen)!

#### ► BV-Ärztin/Arzt zu werden, ärztliche Leistungen abzurechnen und Heilmittel zu verordnen ist einfach! Wir brauchen mehr BV-Ärzt:innen – treten Sie bei!

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

Alle Unterlagen finden Sie auf der Website ► [www.gaed.de/erstattung-recht](http://www.gaed.de/erstattung-recht) unter der Überschrift „Besondere Versorgung (BV) mit Anthroposophischer Medizin“.

Füllen Sie die *Teilnahmeerklärung für Ärzt:innen* (1, siehe Muster im Anhang) aus und schicken Sie sie an die GAÄD (Frau Arcas, ► [info@gaed.de](mailto:info@gaed.de)). 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 *Ärzte-Information zur Durchführung*).

Lassen Sie die *Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Patient:innen* (2a) und die *Einwilligungserklärung der PVS pria* (3) vom Patienten unterschreiben. Unterschreiben auch Sie die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und geben Sie dem Patienten zusammen mit der *Versicherteninformation für Patient:innen* (2b) eine Kopie davon mit. Die Originale verbleiben bei Ihnen.



Füllen Sie ggf. die *Heilmittelverordnung* (4) vollständig aus - Zuzahlungsstatus, BSNR und LANR nicht vergessen und ICD-10-Ziffer der Hauptdiagnose eintragen. Verordnungsumfang: pro Jahr max. 8 Therapie-Einheiten in einer der zur Verfügung stehenden Therapierichtungen.

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

Füllen Sie den *Abrechnungsschein* der PVS pria (5) gemäß den Abrechnungshinweisen vollständig aus und senden Sie ihn zusammen mit dem *Dokumentationsbeleg der Abrechnungsstelle PVS pria* (6) per Post fristgerecht an die Abrechnungsstelle.

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

Für Rückfragen stehen seitens der GAÄD Sabine Arcas ► [info@gaed.de](mailto:info@gaed.de) sowie ärztlicherseits Johannes Kux ► [johannes.kux@web.de](mailto:johannes.kux@web.de) zur Verfügung. Alle Fragen zu Verordnungen oder der Abrechnungsstelle PVS pria bitte an den Dachverband Anthroposophische Medizin (DAMiD) ► [info@damid.de](mailto:info@damid.de).

- [www.gaed.de/erstattung-recht](http://www.gaed.de/erstattung-recht)
- [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) für das Vorjahr einzureichen. Bitte senden Sie diese, sofern es sich nicht um Eigenveranstaltungen der GAÄD handelt, unaufgefordert per E-Mail, Fax oder Post an die Geschäftsstelle: E-Mail ► [info@gaed.de](mailto:info@gaed.de), Fax (089) 716 77 76-49, Postadresse: Herzog-Heinrich-Straße 18, 80336 München.

**Gesellschaft Anthroposophischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland**  
**Herzog-Heinrich-Str. 18, 80336 München**  
**Fax.-Nr.: 089 - 7167776 - 49**  
**E-Mail: info@gaed.de**

## Anlage 6.1

# Teilnahmeerklärung für Ärzte mit Kassenzulassung

**Teilnahmeerklärung**  
**für Ärzt:innen**  
**bitte ausgefüllt an die GAÄD**  
**Dokumente unter:**  
**[www.gaed.de/](http://www.gaed.de/)**  
**erstattung-recht**

zum Vertrag zur besonderen Versorgung mit Anthroposophischer Medizin nach § 140a SGB V zwischen der Krankenkasse, 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 Vertrag beigetretenen Kassen.

Eine aktuelle Liste der am Vertrag beteiligten Krankenkassen finden Sie im Internet unter [www.damid.de](http://www.damid.de) unter der Rubrik „Integrierte Versorgung“. **Bitte beachten Sie, dass nur mit den dort aufgelisteten Krankenkassen abgerechnet werden kann.**

Hiermit erkläre ich als unterzeichnende/r Ärztin/Arzt meine Teilnahme an den o.g. Verträgen.

1. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des von den Vertragspartnern abgeschlossenen Vertrags informiert.
2. Mir ist insbesondere bekannt, dass meine Teilnahme freiwillig ist, sie mit dem Tag des Zugangs meiner Teilnahmeerklärung und der Verwaltungskosten bei der GAÄD beginnt und dass ich die Beendigung meiner Teilnahme in schriftlicher Form mit einer Frist von 1 Monat zum Ende eines jeden Quartals gegenüber der GAÄD erklären kann. Bei Verstoß gegen meine vertraglichen Verpflichtungen kann ich an der Teilnahme von dem o.g. Vertrag ausgeschlossen werden. Die Abrechnungsstelle ist berechtigt, von der vertraglich vereinbarten Vergütung eine Gebühr im Namen und auf Rechnung der GAÄD einzubehalten. Bei Abrechnung über Datenträger kommt für Mitglieder der GAÄD ein niedrigerer Verwaltungskostenabschlag zum Ansatz. Dieser kann quartalsmäßig neu festgesetzt werden. Die GAÄD ist zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben berechtigt, einen oder mehrere Dienstleistungsunternehmen zu beauftragen und meine Daten zum Zwecke der Erfassung meiner Teilnahme und Abrechnung der von mir erbrachten Leistungen allen Vertragspartnern und dem/den von der GAÄD beauftragten Dienstleistungsunternehmen zur Verfügung zu stellen. Von diesen dürfen die Daten zur Erfüllung ihrer vertraglichen Aufgaben erfasst, gespeichert und verarbeitet werden.
3. Ich erfülle die Qualifikationsvoraussetzungen des Vertrages (Nachweise beiliegend, die die GAÄD nicht bereits vorgelegt) und weise die notwendigen Fortbildungsmaßnahmen jährlich gegenüber der GAÄD nach.
4. Ich beteilige mich an der EDV-gestützten Einschreibung und Abrechnung der vertraglichen Leistungen gegenüber der GAÄD/Abrechnungsgesellschaft, soweit dies hierfür notwendigen technischen Voraussetzungen bestehen.
5. Ich verpflichte mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Arten der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogenen Daten und die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und die schriftliche Einwilligung des Patienten einzuholen, den Patienten ausreichende Form und Umfang der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung zu unterrichten.
6. Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisadresse, -rufnummer in einem Teilnehmerverzeichnis und der Weitergabe an interessierte Patienten einverstanden.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Regelungen des o.g. Vertrages auch soweit sie hier nicht gesondert genannt sind.

Bei Gemeinschaftspraxen gilt: Jeder Teilnehmer füllt bitte eine Teilnahmeerklärung aus.

Name	Vorname								Titel	
LANR										
BSNR										
Name der Praxis										

Telefon-Nummer:
Fax-Nummer:
E-Mail:

Bitte hier die Kontodaten für die Abrechnung eintragen:

Kontoinhaber:		
Kontonummer:		
IBAN:		
Bankleitzahl:		
Name der Bank:		
<input type="checkbox"/> Diese Bankverbindung darf auch für den Einzug der Verwaltungsgebühr der GAÄD verwendet werden.		
Datum	Unterschrift	Vertragsarztstempel (Arzt/Gemeinschaftspraxis)



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung:	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr./IK-Nr.	Arzt Nr.	Datum

## Anlage 8.1

Teilnahme- und Einwilligung  
zum Vertrag der besonderen

## Anthroposophische

Vertragskennzeichen: 120A

**Patienten-Kontakt****Patient willigt ein:**

bitte unterschreiben lassen.  
Original für Patientenakte  
Kopie (+ Versicherten-  
information) an Patient.

**A. Erklärung zur Teilnahme an der besonderen Versorgung gemäß §140a SGBV**

Der Therapeut/Arzt hat mich über den Inhalt und den Zweck des oben genannten Versorgungsangebotes, die Teilnahmebedingungen, den Behandlungsablauf sowie über die Beteiligung weiterer Leistungserbringer aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Versicherteninformation“ erhalten. Alle Informationen zum Versorgungsangebot sind mir verständlich und ich bin mit den Inhalten einverstanden. Mir ist daher insbesondere Folgendes bekannt:

- ✓ Die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.
- ✓ Die Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn das Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet,
- ✓ der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird oder das Behandlungsende erreicht wird.

Für die Dauer der Teilnahme, längstens bis zur Abschlussuntersuchung, bin ich zur Durchführung der Leistungen dieser besonderen Versorgung an die beteiligten Leistungserbringer gebunden.

Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme an der besonderen Versorgung eine zusätzliche Einwilligung zur Datenverarbeitung Voraussetzung ist. Diese Einwilligungserklärung erfolgt gesondert.

**Widerrufsoptionen:** Die Erklärung zur Teilnahme kann ich innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Kontaktadresse ist auf der Homepage meiner Krankenkasse zu finden. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe dieser Belehrung über das Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

**B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten**

Die Einzelheiten der Erhebung und Verwendung der Daten wurden mir im Rahmen der Versicherteninformation erläutert. Ich gebe meine Einwilligung in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung der für die besondere Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ab.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle meiner Krankenkasse widerrufen kann. Eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Die Kontaktadressen meiner Krankenkasse für Rückfragen werden im Zuge der Datenverarbeitung sind auf der Homepage meiner Krankenkasse zu finden. Nach meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Widerruf nicht berührt.

Hiermit erkläre ich die Teilnahme (siehe A) und die Einwilligung in die Datenverarbeitung (siehe B) im Rahmen dieses Versorgungsangebotes. Die Versicherteninformation zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Versorgungskonzept und eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung habe ich erhalten:

Datum, Unterschrift des Versicherten (als Teilnehmer) oder des gesetzlichen Vertreters

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes sowie Stempel der medizinischen Einrichtung

Einschreibende Medizinische Einrichtung in Druckbuchstaben

## Anlage 8.2 Versicherteninformation

### Teilnahmeinformationen

#### Allgemeines

Meine Krankenkasse hat einen Vertrag zur Durchführung Besonderer Versorgung nach § 140 a 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 potentiell noch vorhandenen Selbstordnungs- bzw. Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

#### Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Ein Versorgungsvertrag im Rahmen Ihrer Einzelversorgung. Diese besondere Versorgung kommt lediglich zwischen Ihnen und den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern zu Stande. Rechtsbeziehungen zwischen Ihnen und anderen an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern bestehen nicht.

#### Widerruf der Teilnahme und Beendigung nach Fristen für Widerruf

Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sie können innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform (z. B. Brief, über Krankenkassen-App) oder zur Niederschrift von Ihnen 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 Ihren Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme rückwirkend beendet.

Eine Kündigung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerrufsfrist kann nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (z. B. signifikantes Verschlechterten-Verhältnis, Nichteinhaltung des Servicelevels) schriftlich gegenüber der Krankenkasse erfolgen.

Leistungen der besonderen Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

#### Datenschutzinformationen und Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz finden Sie hier bei der mkk – meine krankenkasse <https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/>. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch



## Besondere Versorgung nach § 14 SGB V gemäß Teilnahmeerklärung

Name des Patienten

Krankenkasse

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um uns von dem steigenden Verwaltungsaufwand zu verabschieden, wird die Abrechnung unserer Leistungen in unserem Auftrag von der **PVS pria GmbH (PVS), Remscheider Str. 16, 45481 Mülheim** übernommen. Wir werden Ihre dazu erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherungsdaten, Kostenträger, Behandlungstage, etc.) an die PVS weiterleiten. Die PVS wird daraufhin die 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 verantwortlich.

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 erfolgt die Datenverarbeitung. Nach dem Widerruf sind keine weiteren Datenverarbeitung erforderlich. Ihre Einwilligung ist schriftlich zu widerrufen. Auch hierdurch entstehen Ihnen keine Nachteile. Wir wünschen Ihnen eine gute Zusammenarbeit.

**Hiermit erteile ich diese Einwilligung und entbinde insoweit meine behandelnden Ärzte/Therapeuten und mich selbst von der Schweigepflicht.**

**Einwilligungserklärung**  
**Patient willigt ein**  
**bitte unterschreiben lassen**  
**Original für Patientenakte**

Datum, Unterschrift (Patientin/Patient)

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

## Heilmittelverordnung der Anthroposophie

**VKZ: 120**

**Verordnung**

**möglich:**

**maximal 8 Therapie-Einheiten  
pro Jahr**

Zuzahlungs-  
frei

### Anzahl und Art der Verordnung

--	--

### Diagnose / Leitsymptomatik / ICD-10 Hauptdiagnose


**wichtig!**

### Gegebenenfalls Therapieverschlagn / Therapieziele


### Weitere Angaben für den Therapeuten


Arztstempel

.....  
Unterschrift des behandelnden Arztes

Remscheide  
45481 Mülh

**Patienten - Abrechnung**

hiermit wird für jeden  
Patienten jedes  
Quartal die Abrechnung  
gemacht

Anga

☐ ☐ ☐

Anga

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

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
Anthroposophische Folgebehandlung (*)		920571
		920571
Anthroposophische Beratung (*)		920572
		920572
		920572
		920572
Kommunikation mit dem Therapeuten (*)		920580
		920580
Behandlungskomplex Anthroposophische Medizin bei schwerwiegenden Erkrankungen (*)		920580

### Gültig ab 01.01.2025

### Diagnose-Schlüssel (ICD-Code)

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

3 bis 5-stelliger ICD	Q	L
<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"/>	<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"/>

### Wichtig:

Wird keine Qualifizierung  
angegeben, gilt die jeweilige  
Diagnose als "gesichert"

(\*) Erläuterungen siehe Rückseite

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 Leistungen ausschließlich unter Einhaltung der Bestimmungen des Vertrages vollständig erbracht und insbesondere nicht gleichzeitig über eine Kassenärztliche Vereinigung oder eine Kassenärztliche Bundesvereinigung 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

Begleitzett

**Begleitschein**

**für alle Abrechnungszettel**

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

**Anthrop**

**Gültig ab 01.01.2025**

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

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 ist die Angabe der N-/BSNR sowie der LANR verpflichtend, ansonsten erfolgt unter Umständen die Rücksendung der Belege an die Praxis.

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

Lebenslange Arztnummer (LANR)/(9stellig):

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

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

**Stempel des Absenders:**

**ausz...** **der Praxis**

Gesamtzahl eingereichter Fälle:	Einnahme:	Unterschrift:
---------------------------------	-----------	---------------

**... von der PVS pria**

Gesamtzahl PVS pria:	Einnahmungsdatum:	Unterschrift:
----------------------	-------------------	---------------

... (Stück):	Unterschrift:
Grund:	