



MGL Managementgesellschaft  
für Gesundheitsleistungen mbH  
Binzstraße 51  
13189 Berlin

## Begleitblatt zu meinem Antrag auf Teilnahme an der besonderen Versorgung mit Integrativer Medizin

Ich als unterzeichnende/r Ärztin/Arzt habe die Inhalte der Teilnahmeerklärung Vertragsärzte (Rahmenvertrag) zur besonderen Versorgung mit Integrativer Medizin (Versorgung Integrative Medizin) angeboten von Krankenkassen in Zusammenarbeit mit der MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH (MGL) sowie die krankenkassenindividuellen Teilnahmeerklärungen (Anlage 2) und die Datenschutzhinweise, jeweils in der Fassung vom 1. Januar 2023, zur Kenntnis und jeweils ein vollständiges Exemplar dieser Dokumente zu meinen Unterlagen genommen. Mir ist bekannt, dass ich als teilnehmende/r Ärztin/Arzt auf der Website der MGL im zugangsgeschützten Bereich „Integrative Medizin“ jederzeit erneut Einsicht in die Vertragsbedingungen nehmen kann.

**Ich füge diesem Begleitblatt die ausgefüllte erste Seite (Seite 1) des Rahmenvertrages sowie dessen ausgefüllten und unterzeichneten Unterschriftenbereich (Seite 4 und ggf. Seite 5) bei. Mit meiner Unterschrift dort sowie auf diesem Begleitblatt bestätige ich die Vertragsbedingungen der Versorgung Integrative Medizin und bestätige, dass ich die Datenschutzinformationen für Ärzte zur Teilnahme an der Versorgung Integrative Medizin erhalten habe.**

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben (Ärztin/Arzt 1)

X

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (Ärztin/Arzt 1)

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben (Ärztin/Arzt 2)

X

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (Ärztin/Arzt 2)

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben (Ärztin/Arzt 3)

X

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (Ärztin/Arzt 3)

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben (Ärztin/Arzt 4)

X

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (Ärztin/Arzt 4)

Bemerkungen:

# Teilnahmeerklärung Vertragsärzte (Rahmenvertrag) zur besonderen Versorgung mit Integrativer Medizin (Versorgung Integrative Medizin)



angeboten von Krankenkassen in Zusammenarbeit mit der  
MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH (MGL)

Betriebsstättennummer (BSNR oder NBSNR)																				
Lebenslange Arztnummer LANR zu 1:																				
LANR zu 2:																				
LANR zu 3:																				
LANR zu 4:																				

Sofern vorhanden, ggf. Name der Praxis

E-Mail-Adresse der Praxis für Teilnahmebestätigung

	Titel	Vertragsarzt/Vorname	Vertragsarzt/Name	Geburtsdatum							
1											
2											
3											
4											

Lesbarer Vertragsarztstempel

Bestätigung der Teilnahme durch die MGL

Dieses Feld wird durch die MGL ausgefüllt.

Hiermit beantrage ich als unterzeichnende/r Ärztin/Arzt meine Teilnahme an der Versorgung Integrative Medizin. Meine Teilnahme erfolgt auf der Grundlage von krankenkassenindividuellen Teilnahmeerklärungen (nachfolgend „Teilnahmeerklärungen“) und dem vorliegenden Rahmenvertrag, der die vertragsübergreifenden Grundzüge der Versorgung regelt. Mit Stand 01.01.2023 gibt es nur einen Vertragstypen. Der Vertragstyp muss von mir durch Ankreuzen gewählt werden. Mir ist bewusst, dass ich durch die Wahl dieses Vertragstyps zugleich meine Zustimmung zu ALLEN diesem Vertragstyp zugehörigen krankenkassenindividuellen Teilnahmeerklärungen sowie Verträgen zur besonderen Versorgung („Versorgungsverträge“) erkläre. Die Teilnahmeerklärungen sind als Anlage 2 zu dieser Teilnahmeerklärung beigefügt. Die Beschränkung meiner Teilnahme auf einzelne Krankenkassen innerhalb eines Vertragstyps ist nicht möglich. Die Managementgesellschaft wird mich entsprechend der in Ziffer II.5. vorgesehenen Regelung informieren, wenn es weitere Vertragstypen geben wird.

ja  nein **Vertragstyp IM**  
„Integrative Medizin – Abrechnung von Einzelleistungen“ (derzeit Bergische Krankenkasse)

# Rahmenvertrag

Die folgenden Bestimmungen gelten ergänzend für die Teilnahme an der Versorgung Integrierte Medizin im Rahmen ALLER Verträge:

## I. Grundlagen meiner Teilnahme

1. Die Teilnahme ist nur im Rahmen von Vertragstypen möglich, in denen Versorgungsverträge mit vergleichbarer Vergütungsstruktur zusammengefasst sind. Mit der Unterschrift unter diesen Rahmenvertrag und/oder die Teilnahmeerklärungen erkläre ich meine Teilnahme an allen Versorgungsverträgen des von mir gewählten Vertragstyps. Ich kann nur an allen Versorgungsverträgen innerhalb eines Vertragstyps teilnehmen. Meine vertragspezifischen Verpflichtungen ergeben sich für jeden Versorgungsvertrag neben den nachfolgenden Regelungen aus den Versorgungsverträgen selbst und den Teilnahmeerklärungen; insoweit sind die Regelungen dieses Rahmenvertrages nicht abschließend.
2. Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte der Versorgungsverträge informiert und bin mit diesen einverstanden. Die bestehenden Versorgungsverträge, in deren Rahmen ich an der Versorgung Integrierte Medizin teilnehmen möchte, sind mir auf der Internetseite [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/) vor Unterzeichnung dieses Rahmenvertrages zur Einsicht zugänglich gewesen. Mir ist bekannt, dass die geltenden Versorgungsverträge, eine aktuelle Liste der teilnehmenden Krankenkassen, die Höhe der jeweiligen Gebühren sowie alle weiteren aktuellen Informationen auf der Internetseite [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/) einzusehen sind.
3. Mir ist bekannt, dass sich bei bestehenden und künftigen Versorgungsverträgen im Rahmen dieser Versorgung Integrierte Medizin Veränderungen ergeben können, insbesondere im Hinblick auf die Höhe der Verwaltungskostengebühren, die Höhe der Vergütung und das Einschreibeverfahren für Patienten. Mir ist bewusst, dass diese Veränderungen auch nur einzelne Krankenkassen innerhalb eines Vertragstyps betreffen können. Die MGL wird mich über entsprechende Veränderungen spätestens einen Monat vor Inkrafttreten der Veränderungen über die Internetseite [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/) oder per Telefax oder E-Mail informieren. In diesem Fall kann ich die Beendigung meiner Teilnahme an dem betroffenen Versorgungsvertrag mit Wirkung für den gesamten Vertragstyp in schriftlicher Form gegenüber der MGL mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintritts der Änderung erklären. Sollte ich von diesem Kündigungsrecht keinen Gebrauch machen und/oder nach dem jeweiligen Zeitpunkt des Eintritts der Änderung weitere Abrechnungen vornehmen, wird die MGL davon ausgehen, dass ich der Änderung zustimme und meine Teilnahme an dem betroffenen Versorgungsvertrag entsprechend der geänderten Bedingungen fortsetze.
4. Mir ist bekannt, dass dieser Rahmenvertrag und/oder die Teilnahmeerklärungen von Zeit zu Zeit einer Revision und Neufassung unterzogen werden können. In einem solchen Fall wird mir durch die MGL Gelegenheit gegeben, meine Teilnahme an der Versorgung Integrierte Medizin in geeigneter Weise zu bestätigen und zu erneuern. Meine Teilnahme an der Versorgung Integrierte Medizin auf der Grundlage des bestehenden Rahmenvertrages bzw. der bestehenden Teilnahmeerklärungen endet jeweils mit Ablauf des Quartals, zu dem der neue Rahmenvertrag bzw. die neuen Teilnahmeerklärungen in Kraft treten.

## II. Teilnahme an neu abgeschlossenen Verträgen / Beitritt weiterer Krankenkassen

1. Die MGL teilt mir mit, wenn sie mit weiteren Krankenkassen Versorgungsverträge abschließt, die die gleiche oder eine für mich günstigere Vergütungsstruktur aufweisen als die bestehenden Versorgungsverträge der von mir gewählten Vertragstypen und daher in einen bestehenden Vertragstyp eingeordnet werden. Zu diesem Zwecke übersendet mir die MGL per E-Mail die um die betroffene Krankenkasse ergänzten Anlagen 1 und 2 zu diesem Rahmenvertrag.
2. Ich erkläre bereits jetzt verbindlich meine Teilnahme auch an solchen neuen Versorgungsverträgen, die einem von mir bereits gewählten Vertragstyp neu zugeordnet werden. Eine Teilnahme an diesen neu abgeschlossenen Versorgungsverträgen kommt nur dann nicht zustande, wenn ich der Teilnahme in jedem Einzelfall innerhalb eines Monats nach Mitteilung über den Abschluss des neuen Vertrages durch die MGL schriftlich widerspreche.
3. Im Falle eines Widerspruchs endet mit Versorgungsstart des neu abgeschlossenen Versorgungsvertrages meine Teilnahme an jedem der bestehenden Versorgungsverträge desjenigen Vertragstyps, dem der neu abgeschlossene Versorgungsvertrag zugeordnet wird. Die MGL wird mich auf diese Rechtsfolge jeweils mit der Mitteilung nach Ziffer 1. hinweisen.
4. Die Regelungen in den Ziffern II.1. bis II.3 gelten entsprechend, wenn weitere Krankenkassen bereits geschlossenen Versorgungsverträgen beitreten.

5. Zukünftig können weitere Vertragstypen im Rahmen der Versorgung Integrierte Medizin entwickelt und zur Teilnahme angeboten werden. Hierüber wird mich die MGL informieren und mir die Möglichkeit zur Teilnahme unter den Voraussetzungen dieses Rahmenvertrages sowie der Versorgungsverträge des Vertragstyps eröffnen.

## III. Qualifikationsvoraussetzungen und -nachweise, inkl. Leistungsspektrum

1. Meine Qualifikation und das von mir angebotene Leistungsspektrum gebe ich auf der Unterschriftenseite an.
2. Ich werde nur dann zur Teilnahme an der Versorgung Integrierte Medizin zugelassen, wenn meine Qualifikation von der MGL für jeden Versorgungsvertrag innerhalb des von mir gewählten Vertragstyps überprüft und als geeignet beurteilt worden ist. Die erforderlichen Qualifikationsnachweise lege ich dieser Erklärung bei. Soweit ich bereits Teilnehmer an einer von der MGL angebotenen besonderen Versorgung nach § 140a SGB V bin und zum Zwecke meiner Teilnahme die nach dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Qualifikationsnachweise vorgelegt habe, besteht die Möglichkeit, dass die MGL etwaige bereits bei ihr vorhandene Unterlagen weiter nutzen kann. Wenn ich dies nicht wünsche, teile ich dies der MGL mit Einreichung des Einschreibeformulars mit.
3. Die erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen und ggf. erforderlichen Fortbildungsverpflichtungen sind abhängig vom jeweiligen Versorgungsvertrag. Einzelheiten finden sich in den Versorgungsverträgen und den Teilnahmeerklärungen. Zur Kontrolle der Erfüllung meiner ggf. erforderlichen Fortbildungsverpflichtungen bin ich verpflichtet, der MGL auf Anforderung ggf. auch eine Kopie meines Fortbildungskontos bei der Ärztekammer vorzulegen.
4. Mir ist bekannt, dass die Qualifikationsvoraussetzungen für die Teilnahme an den Versorgungsverträgen im Rahmen der Versorgung Integrierte Medizin sich zukünftig ändern können. Sollte ich zukünftig geänderte Qualifikationsvoraussetzungen nicht erfüllen können, endet meine Teilnahme an den jeweiligen Versorgungsverträgen und dem zugehörigen Vertragstyp mit Beginn der Geltung der neuen Qualifikationsvoraussetzungen, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die MGL wird mich über entsprechende Veränderungen der Qualifikationsvoraussetzungen und den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens im Voraus über die Internetseite [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/) oder per Telefax oder E-Mail informieren.
5. Das Leistungsspektrum gebe ich an, damit die MGL etwaige Patientenfragen besser steuern kann. Die Regelung in Ziffer VII.1 bleibt hiervon unberührt.

## IV. Beendigung meiner Teilnahme

1. Meine Teilnahme an der Versorgung Integrierte Medizin endet in jedem Fall, wenn die MGL mir gegenüber außerordentlich kündigt. Die außerordentliche Kündigung kann sich auf einen, mehrere oder sämtliche Vertragstypen beziehen. Ein außerordentliches Kündigungsrecht der MGL für alle Versorgungsverträge besteht insbesondere, wenn ich gegen die mir nach meiner Teilnahmeerklärung obliegenden Verpflichtungen besonders schwerwiegend verstoße. Ein besonders schwerwiegender Verstoß liegt insbesondere vor, wenn ich durch mein Verhalten das zur reibungslosen Durchführung der Versorgung notwendige Vertrauensverhältnis gegenüber Kassen oder der MGL so grob gestört habe, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit nicht zugemutet werden kann. In diesem Fall ist die MGL auch berechtigt, mir die erneute Teilnahme an der Versorgung Integrierte Medizin dauerhaft zu versagen.
2. Im Übrigen ist eine erneute Teilnahme erst möglich, wenn nach dem Beurteilungsspielraum der MGL sichergestellt ist, dass ich willens und in der Lage bin, die an der Versorgung Integrierte Medizin teilnehmenden Versicherten zukünftig sachgemäß zu behandeln.
3. Im Falle einer außerordentlichen Kündigung bleiben weitergehende Ansprüche, insbesondere auf Schadensersatz der MGL, ausdrücklich unberührt.
4. Meine Teilnahme an der Versorgung Integrierte Medizin endet für alle Versorgungsverträge eines Vertragstyps, sobald meine Teilnahme an einem oder mehreren Versorgungsverträgen desselben Vertragstyps durch Kündigung, nachträglichen Wegfall der Qualifikationsvoraussetzungen oder auf andere Weise beendet worden ist. Mir ist bewusst, dass in diesem Fall eine Wiederaufnahme der Teilnahme aus technischen Gründen frühestens zum Folgequartal möglich ist.

## V. Erbringung, Vergütung und Abrechnung von Leistungen

Die vergütungsfähigen Leistungen, die vertraglich festgelegte Höchstzahl der vergütungsfähigen Leistungen, die Einzelheiten der Abrechnung sowie die Höhe der Vergütung ergeben sich jeweils aus den einzelnen Versorgungsverträgen, deren Anlagen und den Teilnahmeerklärungen zu diesem Rahmenvertrag.

## VI. Vertretung und Gemeinschaftspraxen

1. Ich darf mich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften (insbesondere aber nicht beschränkt auf die Ärzte-Zulassungsverordnung, Ärzte-ZV) allein bei Krankheit, Entbindung, Urlaub oder Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung oder an einer Wehrübung und nur durch Ärzte vertreten lassen, die die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:
  - a) Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen für Ärzte in sämtlichen Versorgungsverträgen der von mir gewählten Vertragstypen; und
  - b) Teilnahme an dem jeweiligen Versorgungsvertrag.Eine Vertretung ist ausgeschlossen, soweit eine solche nach dem jeweiligen Versorgungsvertrag unzulässig ist.
2. Hinsichtlich der möglichen Dauer und der Wirkungen einer Vertretung gelten die Vorschriften der jeweiligen Regelwerke der Versorgungsverträge der MGL mit den Krankenkassen.
3. Ich habe meinen Vertreter zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten und der ihm nach dem jeweiligen Versorgungsvertrag über die Versorgung Integrative Medizin obliegenden Pflichten anzuhalten. Zudem habe ich mich im Vorfeld der Vertretung darüber zu vergewissern, dass mein Vertreter die Qualifikationsvoraussetzungen gemäß Ziffer 1 erfüllt.
4. Berufsausübungsgemeinschaften, bei denen mehrere Ärztliche Leistungserbringer über eine Teilnahmeberechtigung im Rahmen dieser besonderen Versorgung verfügen, können Leistungen für jeden teilnehmenden Versicherten nur einmal für die Betriebsstätte (und nicht für jeden Ärztlichen Leistungserbringer gesondert) abrechnen. Das gleiche gilt auch für Assistenten und andere angestellte Ärzte, wenn sowohl der Praxisinhaber als auch der angestellte Arzt für die Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag zugelassen sind.

## VII. Wesentliche Mitwirkungsverpflichtungen

1. Ich verpflichte mich, an der Versorgung Integrative Medizin teilnehmende Versicherte, soweit medizinisch indiziert, im Rahmen eines individuellen integrativ-medizinischen Behandlungsplanes innerhalb des von mir gewählten Leistungsspektrums mit einem oder mehreren nach der Versorgung abrechnungsfähigen Therapieverfahren zu behandeln. Ich verpflichte mich weiter, unter Berücksichtigung meiner eigenen Schwerpunkte und fachlichen Kenntnisse für den einzelnen Patienten mit seiner individuellen Erkrankung ein oder mehrere der geeigneten Therapieverfahren auszuwählen und unter Beachtung der Vertragsbedingungen und des Wirtschaftlichkeitsgebotes über deren Kombination, Intensität und Frequenz zu entscheiden.
2. Soweit nicht medizinisch indiziert, wirke ich in Zusammenarbeit mit den beteiligten Krankenkassen durch Aufklärung und Steuerung der Versicherten darauf hin, dass eine ungeeignete Parallelbehandlung mit weiteren Leistungen (Polypragmasie) vermieden wird.
3. Ich weise die Versicherten aktiv auf Behandlungsangebote im Rahmen der Versorgung Integrative Medizin der beteiligten Krankenkassen (ggfs. ein Patientenfaltblatt) hin.
4. Die Einschreibung der Versicherten erfolgt gemäß den zum Einschreibzeitpunkt jeweils geltenden Vorgaben der Versorgungsverträge der jeweiligen Krankenkasse, bei der der betroffene Versicherte versichert ist. Hinsichtlich jedes Patienten, für den ich Leistungen im Rahmen der Versorgung Integrative Medizin abrechnen möchte, muss ich sicherstellen, dass die Teilnahmeerklärung Patient (TE Patient) sowie die datenschutzrechtliche Einwilligung- und Einverständniserklärung in der zum Einschreibzeitpunkt gültigen Fassung durch den jeweiligen Patienten unterzeichnet worden sind und dass der Patient somit u. a. in die Datenübermittlung an die Abrechnungsstelle entsprechend des jeweils vorgesehenen Einschreibungsverfahrens wirksam eingewilligt hat. Mir ist bewusst, dass ich die TE Patient und die datenschutzrechtliche Einwilligung- und Einverständniserklärung in ihrer jeweils aktuellen Form verwenden muss. Die vollständigen Einschreibungsunterlagen aller Patienten werde ich mindestens für die Dauer meiner Teilnahme an der Versorgung Integrative Medizin sicher aufbewahren. Diese Aufbewahrungspflicht lässt darüber hinausgehende Aufbewahrungspflichten aus Gesetz oder Berufsrecht (u. a. § 10 Abs. 3 MBO-Ä: 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung) unberührt.
5. Im begründeten Einzelfall und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen bin ich zudem verpflichtet, der MGL geeignete Unterlagen zur Überprüfung der Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen zur Verfügung zu stellen. Mir ist bewusst, dass sich im Falle von Unregelmäßigkeiten die MGL und die Krankenkasse unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorgaben hierzu austauschen können.
6. Ich informiere mich regelmäßig eigeninitiativ auf der Internetseite [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/) über für die Versorgung Integrative Medizin relevante Mitteilungen und Informationen (z.B. Rundschreiben und Merkblätter zu Vertragstypen), insbesondere im Vorfeld einer Abrechnung und zu Beginn eines jeden Monats.

7. Änderungen meiner Vertragsdaten, insbesondere meines Namens, meiner Praxisanschrift, der LANR sowie BSNR, teile ich der MGL unverzüglich, spätestens bis 15 Tage vor Quartalsende, schriftlich mit. Ein entsprechendes „Stammdatenänderungsformular für Ärzte“ ist auf der Internetseite [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/) verfügbar.
8. Sollte ich Patienten im Rahmen von Videosprechstunden behandeln, dann muss ich mich an die geltenden rechtlichen Vorgaben (insbesondere die Vorgaben aus dem SGB V und der Vereinbarung über technische Verfahren zur Videosprechstunde einschließlich der jeweils zugehörigen datenschutzrechtlichen und technischen Vorgaben sowie die Aufklärungspflichten nach § 630e BGB) halten. Sollten sich darüber hinaus vertragsspezifische Verpflichtungen aus einem Versorgungsvertrag ergeben, werde ich diese ebenfalls beachten.
9. Halte ich meine Mitwirkungsverpflichtungen nicht ein, ist eine Abrechnung von für diesen Patienten erbrachten Leistungen im Rahmen der Versorgung Integrative Medizin nicht möglich.

## VIII. Haftung

1. Die Einzelheiten meiner Haftung für Schäden, die durch mich im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit im Rahmen der Versorgung Integrative Medizin entstanden sind, ergeben sich aus den Teilnahmeerklärungen gemäß Anlage 2 zu diesem Rahmenvertrag.
2. Soweit sich nichts anderes aus den Teilnahmeerklärungen gemäß Anlage 2 ergibt, stelle ich die MGL und die von ihr beauftragten Dritten von der Haftung gegenüber den Vertragspartnern der Versorgungsverträge sowie allen sonstigen Dritten für Schäden frei, die durch mich in Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeiten im Rahmen der Versorgung Integrative Medizin entstanden sind. Wenn ich einen Haftungsfall schuldhaft verursacht habe, kann meine Teilnahme an der Versorgung Integrative Medizin gemäß Ziffer IV.1. außerordentlich gekündigt werden.
3. Ich verzichte darauf, Ansprüche gegen die MGL wegen einer unberechtigten Aussetzung oder Beendigung meiner Teilnahme an der Versorgung Integrative Medizin geltend zu machen.
4. Im Falle meiner Haftung gegenüber der MGL ist diese zur Aufrechnung mit sämtlichen Vergütungsansprüchen berechtigt, die ich gegenüber der MGL oder den teilnehmenden Krankenkassen habe.

## IX. Finanzierung der Aufgaben der MGL

1. Verwaltungskostenabschlag, Einschreibungsgebühr und weitere Gebühren
  - a) Die MGL ist zur Deckung ihrer für die Versorgung Integrative Medizin übernommenen Verwaltungsaufgaben berechtigt, einen Verwaltungskostenabschlag von meiner im Rahmen der Versorgungsverträge vereinbarten Vergütung in Abzug zu bringen. Die Höhe des Abschlags kann in der Höhe insbesondere abhängig sein von der Mitgliedschaft in einem für das vertraglich vorgesehene Therapieangebot der von mir gewählten Vertragstypen relevantem ärztlichen Fachverband und/oder der von mir gewählten Abrechnungsart und dem dadurch hervorgerufenen Aufwand.
  - b) Der Verwaltungskostenabschlag erhöht sich insbesondere wegen des entstehenden Mehraufwandes bei der Abrechnung, wenn die Abrechnungsunterlagen papiergebunden und/oder nicht fristgerecht eingereicht werden und/oder unvollständig und/oder fehlerhaft bzw. unleserlich sind und/oder ich unrichtige bzw. unvollständige Stammdaten übermittle oder diese nicht unverzüglich aktualisiere.
  - c) Sollte ich in der Vergangenheit noch nicht an einem Versorgungsvertrag der MGL teilgenommen haben, ist die MGL darüber hinaus berechtigt, eine einmalige Einschreibungsgebühr von mir verlangen.
  - d) Es können weitere Gebühren an die MGL zu entrichten sein. Die Verwaltungskostenabschläge und Gebühren gemäß lit. a)-d) sind in ihrer jeweils gültigen Höhe auf der Internetseite [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/) einsehbar.
2. Erhöhung des Verwaltungskostenabschlags und weiterer Gebühren  
Der Verwaltungskostenabschlag, die Einschreibungsgebühr und die weiteren Gebühren können von der MGL in Abhängigkeit von der Entwicklung der Kosten ihrer Verwaltungsaufgaben quartalsmäßig neu festgesetzt werden. Die MGL teilt mir in Übereinstimmung mit Ziffer I.3 eine Erhöhung spätestens einen Monat vor Inkrafttreten über die Internetseite [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/) oder per Telefax oder E-Mail mit.

Nachfolgend eingetragene Kontaktdaten werden für sämtliche Kommunikation im Rahmen der Versorgung Integrierte Medizin benutzt, einschließlich der Kommunikation an mich durch die seitens der MGL eingeschaltete Abrechnungsgesellschaft:

## ▶ Stammdaten zu Arzt 1

PLZ/Ort	
Straße/Hausnummer	
Telefon/Praxis	/
Fax	/
E-Mail	@
Mobil	/
Telefon/Privat	/

Bankverbindung für Honoraranweisung (EINE Bankverbindung pro Praxis):

Kreditinstitut
IBAN
Kontoinhaber

Qualifikation (bitte ankreuzen):

- Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren     Zusatzbezeichnung Homöopathie
- Homöopathie-Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (nachfolgend „Homöopathie-Diplom des DZVhÄ“)
- Mit dem Homöopathie-Diplom vergleichbare von der Managementgesellschaft anerkannte Qualifikationen gemäß sämtlicher Richtlinien zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ in ihren jeweils geltenden Fassungen (wie sie auf der Internetseite des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte unter [www.weiterbildung-homoeopathie.de](http://www.weiterbildung-homoeopathie.de) veröffentlicht sind).

Leistungsspektrum (bitte ankreuzen):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anthroposophische Medizin | <input type="checkbox"/> Ayurveda   | <input type="checkbox"/> Bioenergetische Medizin |
| <input type="checkbox"/> Eigenblutbehandlung       | <input type="checkbox"/> Enzymtherapie  | <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie      |
| <input type="checkbox"/> Feldenkrais-Methode       | <input type="checkbox"/> Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie          |
| <input type="checkbox"/> Kinesiologie              | <input type="checkbox"/> Mikrobiologische Therapie  | <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie  |
| <input type="checkbox"/> Orthomolekulare Therapie  | <input type="checkbox"/> Osteopathie  | <input type="checkbox"/> Umweltmedizin           |
| <input type="checkbox"/> Phytotherapie             | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)                                      |  |

**Ich verpflichte mich, die in diesem Rahmenvertrag und den Teilnahmeerklärungen benannten sowie in den Versorgungsverträgen selbst enthaltenen Verpflichtungen einzuhalten.**

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben (Vertragsarzt 1)

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (Vertragsarzt 1)

Für in Berufsausübungsgemeinschaften (z.B. Gemeinschaftspraxen) teilnehmende Ärzte werden im Rahmen des Vertragsmanagements die unter Arzt 1 abgegeben Stammdaten verwendet. Es kann nur eine Bankverbindung pro Praxis hinterlegt werden.

## ▶ Angaben zu Arzt 2

### Abweichende Kontaktdaten für individuelle Anfragen

E-Mail	@
Mobil	/
Telefon/Privat	/

### Qualifikation (bitte ankreuzen):

- Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren     Zusatzbezeichnung Homöopathie
- Homöopathie-Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (nachfolgend „Homöopathie-Diplom des DZVhÄ“)
- Mit dem Homöopathie-Diplom vergleichbare von der Managementgesellschaft anerkannte Qualifikationen gemäß sämtlicher Richtlinien zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ in ihren jeweils geltenden Fassungen (wie sie auf der Internetseite des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte unter [www.weiterbildung-homoeopathie.de](http://www.weiterbildung-homoeopathie.de) veröffentlicht sind).

### Leistungsspektrum (bitte ankreuzen):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anthroposophische Medizin | <input type="checkbox"/> Ayurveda   | <input type="checkbox"/> Bioenergetische Medizin |
| <input type="checkbox"/> Eigenblutbehandlung       | <input type="checkbox"/> Enzymtherapie  | <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie      |
| <input type="checkbox"/> Feldenkrais-Methode       | <input type="checkbox"/> Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden |  |
| <input type="checkbox"/> Kinesiologie              | <input type="checkbox"/> Mikrobiologische Therapie  | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie          |
| <input type="checkbox"/> Orthomolekulare Therapie  | <input type="checkbox"/> Osteopathie  | <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie  |
| <input type="checkbox"/> Phytotherapie             | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)                                      | <input type="checkbox"/> Umweltmedizin           |

- Ich verpflichte mich, die in diesem Rahmenvertrag und den Teilnahmeerklärungen benannten sowie in den Versorgungsverträgen selbst enthaltenen Verpflichtungen einzuhalten.

X

Name in Druckbuchstaben (Vertragsarzt 2)

Datum/Unterschrift (Vertragsarzt 2)

## ▶ Angaben zu Arzt 3

### Abweichende Kontaktdaten für individuelle Anfragen

E-Mail	@
Mobil	/
Telefon/Privat	/

### Qualifikation (bitte ankreuzen):

- Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren     Zusatzbezeichnung Homöopathie
- Homöopathie-Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (nachfolgend „Homöopathie-Diplom des DZVhÄ“)
- Mit dem Homöopathie-Diplom vergleichbare von der Managementgesellschaft anerkannte Qualifikationen gemäß sämtlicher Richtlinien zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ in ihren jeweils geltenden Fassungen (wie sie auf der Internetseite des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte unter [www.weiterbildung-homoeopathie.de](http://www.weiterbildung-homoeopathie.de) veröffentlicht sind).

### Leistungsspektrum (bitte ankreuzen):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anthroposophische Medizin | <input type="checkbox"/> Ayurveda   | <input type="checkbox"/> Bioenergetische Medizin |
| <input type="checkbox"/> Eigenblutbehandlung       | <input type="checkbox"/> Enzymtherapie  | <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie      |
| <input type="checkbox"/> Feldenkrais-Methode       | <input type="checkbox"/> Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden |  |
| <input type="checkbox"/> Kinesiologie              | <input type="checkbox"/> Mikrobiologische Therapie  | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie          |
| <input type="checkbox"/> Orthomolekulare Therapie  | <input type="checkbox"/> Osteopathie  | <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie  |
| <input type="checkbox"/> Phytotherapie             | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)                                      | <input type="checkbox"/> Umweltmedizin           |

- Ich verpflichte mich, die in diesem Rahmenvertrag und den Teilnahmeerklärungen benannten sowie in den Versorgungsverträgen selbst enthaltenen Verpflichtungen einzuhalten.

X

Name in Druckbuchstaben (Vertragsarzt 3)

Datum/Unterschrift (Vertragsarzt 3)

## ▶ Angaben zu Arzt 4

### Abweichende Kontaktdaten für individuelle Anfragen

E-Mail	@
Mobil	/
Telefon/Privat	/

### Qualifikation (bitte ankreuzen):

- Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren     Zusatzbezeichnung Homöopathie
- Homöopathie-Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (nachfolgend „Homöopathie-Diplom des DZVhÄ“)
- Mit dem Homöopathie-Diplom vergleichbare von der Managementgesellschaft anerkannte Qualifikationen gemäß sämtlicher Richtlinien zum Homöopathie-Diplom des DZVhÄ in ihren jeweils geltenden Fassungen (wie sie auf der Internetseite des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte unter [www.weiterbildung-homoeopathie.de](http://www.weiterbildung-homoeopathie.de) veröffentlicht sind).

### Leistungsspektrum (bitte ankreuzen):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anthroposophische Medizin | <input type="checkbox"/> Ayurveda   | <input type="checkbox"/> Bioenergetische Medizin |
| <input type="checkbox"/> Eigenblutbehandlung       | <input type="checkbox"/> Enzymtherapie  | <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie      |
| <input type="checkbox"/> Feldenkrais-Methode       | <input type="checkbox"/> Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden |  |
| <input type="checkbox"/> Kinesiologie              | <input type="checkbox"/> Mikrobiologische Therapie  | <input type="checkbox"/> Neuraltherapie          |
| <input type="checkbox"/> Orthomolekulare Therapie  | <input type="checkbox"/> Osteopathie  | <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie  |
| <input type="checkbox"/> Phytotherapie             | <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)                                      | <input type="checkbox"/> Umweltmedizin           |

- Ich verpflichte mich, die in diesem Rahmenvertrag und den Teilnahmeerklärungen benannten sowie in den Versorgungsverträgen selbst enthaltenen Verpflichtungen einzuhalten.**

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben (Vertragsarzt 4)

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (Vertragsarzt 4)

# Informationen zum Datenschutz für an der ärztlichen Versorgung mit Klassischer Homöopathie teilnehmende Leistungserbringer

Mit diesen Datenschutzhinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen der Teilnahme an der Versorgung Integrative Medizin. Die für die Datenverarbeitung verantwortliche Stelle (in diesen Informationen zum Datenschutz auch: „wir/uns“) ist die

MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH  
Binzstraße 51  
13189 Berlin

Wenn Sie Kontakt mit uns aufnehmen möchten, wenden Sie sich bitte direkt an die Geschäftsstelle der MGL:

Binzstraße 51  
13189 Berlin  
Telefon: 030-3259734-20  
Telefax: 030-3259734-29  
E-Mail: arztservice@mgl-gesund.de

Unser Datenschutzbeauftragter ist Herr Dipl.-Ing. Ulrich Meyer-Giolek. Sie erreichen ihn unter der Anschrift:

MGL Managementgesellschaft für Gesundheitsleistungen mbH  
- Datenschutzbeauftragter -  
Binzstraße 51  
13189 Berlin  
E-Mail: datenschutz@mgl-gesund.de

## **Zweck der Verarbeitung, verarbeitete Daten und Rechtsgrundlagen**

### 1. Ihre Vertragsteilnahme, Sicherstellung der Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsabrechnung

Wir verarbeiten die Informationen zu den von Ihnen gewählten Versorgungsverträgen sowie die weiteren im Anmeldeformular angegebenen Daten (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, BSNR, LANR, Leistungsspektrum, Adresse und Kontaktdaten, nachfolgend: „Stammdaten“) um Ihre Teilnahme an den Verträgen zur Versorgung Integrative Medizin durchzuführen und Ihnen ggf. Veränderungen im Kreis der teilnehmenden Krankenkassen bereitzustellen. Soweit eine Vertragsteilnahme wegen Überschreitung der im Versorgungsvertrag geregelten Anzahl der teilnehmenden Ärztlichen Leistungserbringer derzeit (noch) nicht möglich ist, verarbeiten wir Ihre Daten im Rahmen der Vertragsanbahnung, um eine Warteliste zu führen und Ihnen dies mitzuteilen. Die Datenverarbeitung im Rahmen der Warteliste erfolgt nur, sofern Sie nach dem Prioritätsprinzip auf die Warteliste aufgenommen werden, was die MGL Ihnen mitteilt, und so lange, bis Sie zur Teilnahme an den Verträgen zur Versorgung zugelassen werden oder sich von der Warteliste streichen lassen. Werden Sie nicht auf die Warteliste aufgenommen, informiert Sie die MGL hierüber.

Wir verarbeiten die Daten ferner, um die Einhaltung der Teilnahmevoraussetzungen des bzw. der von Ihnen gewählten Vertragstypen zu überprüfen.

Die Angaben zu dem bzw. den von Ihnen gewählten Versorgungsverträgen sowie zu den von Ihnen erbrachten ärztlichen Leistungen verarbeiten wir darüber hinaus, um Ihre Leistungen gegenüber den Krankenkassen ordnungsgemäß abzurechnen. Rechtsgrundlage hierfür ist die Erforderlichkeit zur Vertragsdurchführung (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

### 2. Datenübernahme zum Qualifikationsnachweis

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, Qualifikationsnachweise, die uns bereits im Zusammenhang mit einer anderen von der MGL angebotenen besonderen Versorgung nach § 140a SGB V vorliegen und die für diese Versorgung relevant sind, zu übernehmen. Dieses erfolgt in unserem berechtigten Interesse, das Einschreibeverfahren möglichst einfach und effizient zu gestalten. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO, Art. 6 Abs. 4 DSGVO.

### 3. Patienteninformation

Um interessierte Patienten darüber zu informieren, an welche Ärzte sie sich für die Versorgung Integrative Medizin wenden können, veröffentlichen wir Ihren Namen, Ihre Praxisanschrift, Ihre Praxis-Telefonnummer, Ihre Fachrichtung, Ihre Mitgliedschaft in einem für das Versorgungsangebot relevanten ärztlichen Fachverband und die Vertragstypen, an denen Sie teilnehmen, in einem Verzeichnis auf der Internetseite der MGL ([www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/)). Diese Datenverarbeitung erfolgt auf Basis unserer berechtigten Interessen (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO). Als Managementgesellschaft ist es unsere Aufgabe, die Versorgung Integrative Medizin zu organisieren und dazu interessierte Patienten über entsprechend qualifizierte Ärzte in ihrer Nähe zu informieren. Aufgrund der verschiedenen Versorgungsverträge sind dafür auch Angaben dazu erforderlich, an welchen Versorgungsverträgen die jeweiligen Ärzte teilnehmen. Nur so kann der Patient einen zu seiner Kasse passenden Arzt auswählen und die Abrechnung Ihrer Leistungen ermöglicht werden. Es besteht keine gesetzliche Pflicht zur Bereitstellung der oben genannten Daten. Allerdings sind wir gegenüber den Krankenkassen verpflichtet, die Einhaltung der Versorgungsverträge und insbesondere die Einhaltung der ggf. im Einzelfall darin geregelten Fortbildungs- und Qualifikationsvoraussetzungen zu überprüfen. Auch können wir ohne Ihre Angaben weder die interessierten Patienten über teilnehmende Ärzte informieren noch Ihre Leistungen abrechnen. Die Informationen sind daher für den Vertragsschluss und die Vertragsdurchführung erforderlich, so dass wir ohne die oben in Nr. 1 und 2 genannten Informationen den Vertrag nicht schließen können bzw. Ihre Teilnahme ggf. beenden müssen.

## **Weitergabe der Daten**

Zur Verwaltung der Teilnahme werden Ihre Stammdaten an die Vertragspartner der von Ihnen gewählten Versorgungsverträge (derzeit insbesondere die jeweiligen an der Versorgung Integrative Medizin beteiligten Krankenkassen) weitergegeben. Zu Abrechnungszwecken teilen wir Ihre Stammdaten sowie die Abrechnungsdaten (insbesondere Angaben zu den von Ihnen erbrachten ärztlichen Leistungen) der von uns eingeschalteten Abrechnungsgesellschaft (derzeit die PVS pria) mit.

## **Speicherdauer**

Die Daten werden solange gespeichert, wie sie zur Durchführung Ihrer Vertragsteilnahme erforderlich sind. Die Daten werden nach Beendigung Ihrer Vertragsteilnahme und nach Ablauf aller gesetzlichen Aufbewahrungspflichten gelöscht. Steuer- bzw. abgabenrechtlich relevante Daten werden daher in aller Regel spätestens nach 10 Jahren gelöscht, soweit sich aus dem Gesetz keine längere Pflicht zur Aufbewahrung ergibt oder die Daten für die Vertragserfüllung oder in Bezug auf etwaige nachvertragliche Pflichten weiterhin erforderlich sind.

## **Ihre Rechte in Bezug auf die Datenverarbeitung**

Als von der Datenverarbeitung betroffene Person haben Sie die nachfolgenden Rechte. Zur Geltendmachung wenden Sie sich bitte (gerne auch formlos) direkt an uns (Kontaktdaten s.o.).

**Auskunft:** Sie haben das Recht, von uns Auskunft darüber zu erhalten, ob und welche Daten wir über Sie verarbeiten, insbesondere in Bezug auf die in Art. 15 DSGVO aufgeführten Informationen.

**Berichtigung:** Sie haben das Recht, von uns unverzügliche Berichtigung nicht zutreffender bzw. und unvollständiger Daten zu verlangen (Art. 16 DSGVO).

**Löschung:** Sie haben das Recht, von uns die unverzügliche Löschung von Daten zu verlangen, wenn einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe zutrifft. Bitte beachten Sie, dass Ihr Recht auf Löschung durch gesetzliche Bestimmungen eingeschränkt sein kann.

**Einschränkung:** Sie haben das Recht, von uns eine Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu verlangen, wenn eine der in Art. 18 DSGVO genannten Voraussetzungen gegeben ist.



**Widerruf von Einwilligungen:** Sie können uns gegenüber erteilten Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dieser Widerruf kann in Form einer formlosen Mitteilung an unsere o.g. Kontaktadresse erfolgen. Falls Sie Ihre Einwilligung widerrufen, wird davon die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

**Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, Daten, die Sie betreffen und die von Ihnen bereitgestellt wurden, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese Anderen zu übermitteln. Einzelheiten und Einschränkungen können Sie Art. 20 DSGVO entnehmen.

**Widerspruch:** Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Ihrer Daten Widerspruch einzulegen, wenn wir diese Verarbeitung auf berechnete Interessen stützen. Dies betrifft insbesondere (i) die Datenübernahme zum Qualifikationsnachweis und (ii) die Datenverarbeitung zur Patienteninformation, siehe oben in Abschnitt „Zweck der Verarbeitung“ Nr. 2 und Nr. 3. Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre Daten nicht mehr verarbeiten, außer in den nach Art. 21 DSGVO benannten Ausnahmefällen.

**Beschwerde:** Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Daten durch uns gegen geltendes Datenschutzrecht verstößt, haben Sie das Recht, sich bei einer der nach Art. 77 DSGVO zuständigen Aufsichtsbehörden zu beschweren. Dies sind insbesondere die am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständige Behörde oder der für die MGL zuständige Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg, Tel. 040 / 428 54 - 4040, E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de.

Stand: 1. Januar 2023

Bitte nehmen Sie die hier erwähnten und dieser Teilnahmeerklärung beigefügten „Informationen zum Datenschutz für an der ärztlichen Versorgung Integrative Medizin teilnehmende Leistungserbringer“ zu Ihren Unterlagen. Die Informationen zum Datenschutz können jederzeit im Internet abgerufen werden unter [www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/datenschutz](http://www.mgl-gesund.de/integrative-medizin/datenschutz).