meditz
Medizinisches Diagnostik- und Therapiezentrum Würzburg

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Kinder- und Jugendmedizin
Psychiatrie
Psychotherapie
Neurologie

Behandlungsvertrag Psychotherapie

zwischen

meditz MVZ GmbH
Frankfurter Straße 15a
97082 Würzburg

vertreten durch
Dipl.-Psych. Dominique Schmitt
(Psychologischer Psychotherapeut)

– nachfolgend „Psychotherapeut“ genannt –

und

_____

Name der Patientin / des Patienten

_____

Geburtsdatum:

_____

Anschrift:

_____

Telefon:

_____

E-Mail:

– nachfolgend „Patient:in“ genannt –

wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

1. Ablauf der psychotherapeutischen Behandlung

Es wird eine ambulante Psychotherapie einschließlich der hierzu notwendigen Diagnostik durchgeführt. Grundlage dieses Vertrages sind insbesondere die §§ 630a ff. BGB, die Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Berufsordnung für Psychotherapeut:innen.

Die Behandlung kann insbesondere folgende Bestandteile umfassen:

- psychotherapeutische Sprechstunde
- probatorische Sitzungen
- Akutbehandlung
- Kurzzeittherapie
- Langzeittherapie
- Rezidivprophylaxe
- Videosprechstunden im Rahmen der jeweils geltenden gesetzlichen und technischen Vorgaben

Die Sitzungstermine werden verbindlich vereinbart und von dem/der Psychotherapeut:in für den/die Patient:in reserviert.

a) Psychotherapeutische Sprechstunde

Im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung vorliegt. Sofern eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, informiert der/die Psychotherapeut:in über geeignete Behandlungsverfahren, mögliche Behandlungsformen und den Ablauf einer Psychotherapie.

Falls keine Psychotherapie angezeigt ist, wird der/die Patient:in bei Bedarf über geeignete alternative Hilfsangebote informiert.

b) Probatorische Sitzungen

Die probatorischen Sitzungen dienen dazu,

- die Beschwerden und Problembereiche genauer zu erfassen,
- eine Diagnose zu stellen,
- die persönliche Lebenssituation und Entwicklungsgeschichte einzubeziehen,
- gemeinsam einen Behandlungsplan zu entwickeln sowie
- zu prüfen, ob eine vertrauensvolle therapeutische Zusammenarbeit möglich ist.

Die probatorischen Sitzungen dauern in der Regel 50 Minuten.

c) Konsiliarbericht

Vor Beginn einer Richtlinientherapie ist grundsätzlich ein ärztlicher Konsiliarbericht erforderlich. Dieser dient der Abklärung, ob aus ärztlicher Sicht Einwände gegen eine Psychotherapie bestehen oder eine begleitende ärztliche Mitbehandlung notwendig ist.

d) Antragstellung und Genehmigung

Sofern eine Richtlinientherapie durchgeführt werden soll, erfolgt nach den probatorischen Sitzungen gegebenenfalls eine Antragstellung bei der gesetzlichen Krankenkasse.

Hierfür werden insbesondere Diagnose, Indikation sowie Art und Umfang der geplanten Behandlung an die Krankenkasse übermittelt. Im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Gutachterverfahrens können anonymisierte Informationen an unabhängige Gutachter:innen weitergegeben werden.

Die Therapie wird entsprechend der jeweils geltenden Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt.

2. Mitwirkung und Zusammenarbeit

Psychotherapie ist ein gemeinsamer Arbeitsprozess zwischen Patient:in und Psychotherapeut:in. Ein Therapieerfolg setzt eine möglichst offene und vertrauensvolle Zusammenarbeit voraus.

Der/die Patient:in verpflichtet sich insbesondere,

- vereinbarte Termine wahrzunehmen,
- relevante Informationen für die Behandlung mitzuteilen,
- Veränderungen des Gesundheitszustands oder einer medikamentösen Behandlung mitzuteilen,
- bei Krisen oder akuter Selbst- oder Fremdgefährdung unverzüglich geeignete Hilfe (z. B. ärztlicher Bereitschaftsdienst, Notaufnahme, Krisendienst oder Notruf) in Anspruch zu nehmen.

Sollten Fragen, Unsicherheiten oder Unzufriedenheit im Therapieverlauf auftreten, wird darum gebeten, diese offen anzusprechen.

3. Videosprechstunde

Die Teilnahme an Videosprechstunden ist für beide Seiten freiwillig.

Die Durchführung erfolgt ausschließlich über datenschutzkonforme zertifizierte Anbieter entsprechend den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Der/die Patient:in ist selbst verantwortlich für:

- eine ausreichende technische Ausstattung,
- eine stabile Internetverbindung,
- eine ungestörte und geschützte Gesprächssituation.

4. Ausfallhonorarvereinbarung

Die Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem. Die vereinbarten Termine werden ausschließlich für den/die jeweilige:n Patient:in reserviert.

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden, wird um eine möglichst frühzeitige Absage gebeten, spätestens jedoch 48 Stunden vorher telefonisch oder über die Online-Rezeption des meditz.

Bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen kann ein Ausfallhonorar privat in Rechnung gestellt werden, sofern der Termin kurzfristig nicht anderweitig vergeben werden konnte. Das Ausfallhonorar orientiert sich an der für die Sitzung vorgesehenen Vergütung und beträgt derzeit maximal **80 € pro Sitzung à 50 Minuten**. Das Ausfallhonorar ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und wird von der Krankenkasse nicht übernommen.

Der/die Patient:in erklärt mit seiner/ihrer Unterschrift, über diese Regelung informiert worden zu sein und dieser zuzustimmen.

5. Schweigepflicht

Psychotherapeut:innen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB.

Eine Weitergabe von Informationen an Dritte erfolgt grundsätzlich nur:

- mit ausdrücklicher Einwilligung des/der Patient:in oder
- wenn eine gesetzliche Verpflichtung hierzu besteht.

Im Rahmen der Beantragung einer Richtlinientherapie kann eine Übermittlung notwendiger Informationen an die Krankenkasse sowie – in anonymisierter Form – an unabhängige Gutachter:innen erfolgen.

Der/die Patient:in wurde hierüber aufgeklärt und erklärt sich hiermit einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

6. Datenschutz

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt auf Grundlage von:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO
- Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO
- § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b BDSG
- §§ 630f BGB sowie den berufsrechtlichen Dokumentationspflichten

a) Zweck der Datenverarbeitung

Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck:

- der Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung,
- der Dokumentation,
- der Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung,
- der Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen.

b) Weitergabe von Daten

Eine Weitergabe personenbezogener Daten erfolgt nur im gesetzlich zulässigen Umfang, insbesondere an:

- gesetzliche Krankenkassen,
- Kassenärztliche Vereinigungen,
- mitbehandelnde Ärzt:innen oder Therapeut:innen (nach Einwilligung),
- den Medizinischen Dienst,
- externe Gutachter:innen im Rahmen des Richtlinienverfahrens.

c) Aufbewahrung der Unterlagen

Die Behandlungsunterlagen werden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben mindestens zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufbewahrt.

d) Rechte der Patient:innen

Der/die Patient:in hat insbesondere das Recht auf:

- Auskunft über die gespeicherten Daten,
- Berichtigung unrichtiger Daten,
- Einschränkung der Verarbeitung,
- Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde.

7. KI-gestützte Dokumentation (Software VIA)

Die meditz MVZ GmbH, Frankfurter Straße 15a, 97082 Würzburg, setzt in ihrer Praxis die Software VIA (im Folgenden „Software“) ein. Die Software ermöglicht es, mittels Einsatzes modernster KI-Technologien automatisiert Sitzungsnotizen sowie patientenspezifische psychologische Berichte zu erstellen. Dabei werden sämtliche personenbezogenen Daten verarbeitet, die der/die Patient:in im Rahmen der Therapiesitzungen mitteilt. Außerdem werden personenbezogene Daten besonderer Kategorien des/der Patient:in verarbeitet, wie die Stimme und ggf. Gesundheitsdaten oder sonstige im Rahmen der Therapiesitzungen mitgeteilte sensible Daten.

Die Software wird von der VIA HealthTech UG (haftungsbeschränkt), Bredtschneiderstraße 10, 14057 Berlin (im Folgenden „VIA HealthTech“) betrieben. Die VIA HealthTech verarbeitet die Daten im Auftrag der meditz MVZ GmbH, d. h. ausschließlich nach deren Weisungen. Die meditz MVZ GmbH hat mit der VIA HealthTech eine entsprechende Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO geschlossen. Weitere Informationen über die Einhaltung der Bestimmung der DSGVO durch die VIA HealthTech sind unter https://www.via-health.de/datenschutzerklarung-software abrufbar. Die Datenschutzbeauftragte der VIA HealthTech ist unter der E-Mail-Adresse m.reinbeck@mhl.de erreichbar. VIA HealthTech ist verpflichtet, die Vertraulichkeit der Daten in gleicher Weise wie der Berufsgeheimnisträger zu schützen. VIA HealthTech hat seinerseits Mitarbeiter und Auftragsverarbeiter zum Schutz der Vertraulichkeit verpflichtet und insbesondere auf die Strafbarkeit nach § 203 StGB belehrt.

Die Einwilligung in die Nutzung der Software ist freiwillig. Sie kann ohne Angabe von Gründen verweigert werden, ohne dass dem/der Patient:in dadurch Nachteile, insbesondere für die Behandlung, entstehen.

Die Einwilligung gilt bis zu ihrem Widerruf. Der/die Patient:in kann sie jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber dem/der Psychotherapeut:in widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

8. E-Mail-Kommunikation

Der/die Patient:in erklärt sich damit einverstanden, dass organisatorische Kommunikation (z. B. Terminabsprachen) per E-Mail erfolgen kann.

Es wird darauf hingewiesen, dass bei der elektronischen Kommunikation trotz technischer Sicherungsmaßnahmen Risiken der unbefugten Kenntnisnahme durch Dritte nicht vollständig ausgeschlossen werden können.

9. Beendigung der Behandlung

Die Behandlung endet:

- im gegenseitigen Einvernehmen,
- nach Erreichen der Therapieziele,
- auf Wunsch des/der Patient:in,
- oder bei Vorliegen wichtiger Gründe unter Beachtung der berufsrechtlichen Vorgaben.

10. Schlussbestimmungen

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit der übrigen Regelungen unberührt.

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform.

Einverständniserklärungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

☐ über Ablauf und Rahmen der Behandlung aufgeklärt worden zu sein,
☐ die Regelungen zum Datenschutz erhalten zu haben,
☐ die Schweigepflichtregelung verstanden zu haben,
☐ die Ausfallhonorarregelung zur Kenntnis genommen zu haben,
☐ mit organisatorischer Kommunikation per E-Mail einverstanden zu sein,
☐ darin einzuwilligen, dass meine im Rahmen der Therapiesitzungen erhobenen personenbezogenen Daten verarbeitet werden, um die Software VIA zu nutzen (Ziffer 7; freiwillig und jederzeit widerrufbar).

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in

Unterschrift Psychotherapeut