

5. Nachtrag

zum Vertrag zur **Versorgung mit klassischer Homöopathie** gemäß § 140a SGB V

zwischen der

SECURVITA Krankenkasse
Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

und der

Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination
der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

I. Der Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie wird wie folgt geändert:

1. Die Gesetzesgrundlage des Vertrags wird entsprechend der Forderung des Gesetzgebers zur Ersetzung oder Beendigung der Verträge, die noch auf § 73c SGB V a.F. beruhen durch das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung (GPVG) ohne weitergehende inhaltliche Änderung angepasst. Der Vertrag beruht statt bislang auf § 73c SGB V a.F. nunmehr auf § 140a SGB V. Die Bezeichnung des Vertrages wird wie folgt neu gefasst:

Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 140a SGB V.

2. § 2 wird wie folgt neu gefasst:

Zur Sicherstellung der besonderen ambulanten Versorgung im Bereich der klassischen Homöopathie werden in diesem Vertrag grundsätzliche Kriterien hinsichtlich der nachzuweisenden Qualität und der zu erbringenden Leistungen für teilnehmende Vertragsärzte festgelegt. Grundlage dieses Vertrages sind die Regelungen des § 140a SGB V.

3. § 6 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte gegenüber der Krankenkasse, ärztliche Leistungen im Rahmen klassischer Homöopathie entsprechend des Versorgungsauftrages gemäß § 3 nur von teilnehmenden Vertragsärzten in Anspruch zu nehmen. Ferner verpflichtet er sich, im Rahmen des Versorgungsauftrages andere ärztliche Leistungserbringer nur auf Überweisung durch an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte in Anspruch zu nehmen. An diese Verpflichtung ist der Versicherte ein Jahr gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr, sofern der Versicherte nicht mit Wirkung zum Quartalsende bei seiner Krankenkasse kündigt. Sofern der Versicherte diese Mitwirkungspflichten in besonderem Maße verletzt, kann die Krankenkasse ihn vom Vertrag ausschließen, wenn der Versicherte hierauf schriftlich hingewiesen worden ist und der Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten Frist nachgekommen ist.

Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse widerrufen. Zur

Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Im Falle des Widerrufs trägt die jeweilige Krankenkasse für bereits durchgeführte ärztliche Leistungen die entstandenen Kosten. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn der Versicherte ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an die Krankenkasse absendet.

Das Nähere zur Durchführung der Teilnahme des Versicherten regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung.

4. § 7 Abs. 3 wird gestrichen und die Nummerierung der folgenden Absätze entsprechend angepasst.

5. Die Anlage 1 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ wird ersetzt.

6. Die Anlage 2 „Teilnahmeerklärung Versicherter“ wird ersetzt.

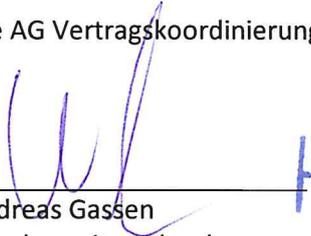
II. Die übrigen Regelungen bleiben unberührt.

III. Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.10.2021 in Kraft.

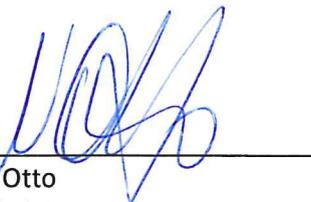
Berlin, den 09.05. 2021

Für die AG Vertragskoordination



Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Für die SECURVITA Krankenkasse



Nicole Otto
Bereichsleitung Versorgungsmanagement

Anlage 1 **Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**
Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie nach § 140a SGB V
SECURVITA Krankenkasse – AG Vertragskoordinierung

Kassenärztliche Vereinigung ...

...
...

**Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie
als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V**

Antragsteller

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

LANR _____ BSNR _____
(Bitte alle BSNR einschl. Nebenbetriebsstätten-Nr. angeben.)

Telefon/Fax _____

Tätig als: Vertragsarzt angestellter Arzt
Tätig in: Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ

Bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben: _____

Fachliche Anforderungen (Bitte Kopie der Urkunde beifügen.)

Ich bin zur Führung der Zusatzbezeichnung Homöopathie berechtigt. Ich besitze das Homöopathie-Diplom der DZVhÄ.

Erklärung

Mir sind die Ziele und Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich für mich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an.

Ich verpflichte mich,

- regelmäßig an von den Ärztekammern und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder beteiligten Krankenkassen anerkannten homöopathischen Fortbildungen, z. B. homöopathischen Qualitätszirkeln, in einem Mindestumfang von 100 CME-Punkten in 5 Jahren, davon maximal 75 Punkte für Qualitätszirkel, teilzunehmen. Mir ist bekannt, dass sich die Fortbildungen/Qualitätszirkel überwiegend auf Einzelmittelhomöopathie beziehen müssen.
- die Fortbildungsnachweise alle 5 Jahre bei der Kassenärztlichen Vereinigung einzureichen. Mir ist bekannt, dass für den Fall, dass die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. nach Ablauf des 5-Jahreszeitraums erbracht werden, die Teilnahme genehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt. Die Vorlage des gültigen DZVhÄ-Diploms gilt als Fortbildungsnachweis bis zum Ablaufdatum des Diploms.

In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.

Unterschrift Vertragsarzt

Ort, Datum

ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher Leiter des MVZ

Stempel

Anlage 2 Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patientinnen und Patienten

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

Original an Kassenärztliche Vereinigung zur Weiterleitung an die Krankenkasse. Kopie bitte der Patientin/ dem Patienten aushändigen.

Vertragsarztstempel

Teilnahme- und Einverständniserklärung

zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkassen.

Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Homöopathie ist eine Behandlungsmethode der besonderen Therapierichtungen, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potenziell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifische ärztliche homöopathische Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und die Empfehlung der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Die Kosten für die homöopathische Medikation für Personen über 12 Jahren dürfen dabei aufgrund gesetzlichen Verbotes leider nicht von Ihrer BKK übernommen werden. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Teilnahme- und Einverständniserklärung dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen auch nach schriftlichem Hinweis innerhalb einer Ihnen gesetzten (angemessenen) Frist nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA Krankenkasse / den beigetretenen Krankenkassen ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine Krankenkasse absende.

Erklärung der Patientin / des Patienten: Ja, ich will an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. Ich verpflichte mich gemäß § 140a SGB V gegenüber meiner BKK, für die homöopathische Versorgung nach diesem Vertrag nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen oder andere ärztliche Leistungserbringer nur auf Überweisung dieses Arztes in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich. An diese Verpflichtung bin ich mindestens ein Jahr gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich nicht mit Wirkung zum Quartalsende bei meiner Krankenkasse kündige. Weiterhin bestätige ich, dass ich die o. g. homöopathische Ärztin / den o.g. homöopathischen Arzt für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag gewählt habe.

Ich war zuvor bei folgender Ärztin / folgendem Arzt für diesen Vertrag eingeschrieben (nur ausfüllen, wenn zutreffend.)

Name des Ärztin / Arztes

Die Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die Aufklärung über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Ausübung des Widerrufs berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Hinweise zum Datenschutz bei Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderer Versorgungsauftrag für Versicherte der SECURVITA / beigetretenen Krankenkasse

Zur Leistungserbringung ist auch im Rahmen der Versorgung die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.

Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe der Daten, Information

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich einverstanden,

- dass Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse und sonstige Dritte, wie z.B. Abrechnungsdienstleister) unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben werden dürfen. Insbesondere stimme ich zu, dass die Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Name der Krankenkasse, Versichertennummer, Versichertenstatus, Teilnahmebeginn, evtl. Teilnahmeende und Beendigungsgrund und ggf. Abrechnungsziffer der erbrachten Leistung und ihr Wert) zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragspartnern und dem Abrechnungsdienstleister weitergegeben werden dürfen. Medizinische Daten werden -sofern notwendig - nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärzten ausgetauscht, sofern dies zur Behandlung im Rahmen dieser Versorgung förderlich ist.
- dass zum Zwecke der Qualitätssicherung Krankenunterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen werden können.

Widerruf der Einwilligung

Ohne die Erteilung Ihrer Einwilligung können Sie nicht am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie teilnehmen. Ferner können Sie die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an der Versorgung nicht länger möglich ist und ein Ausschluss aus der Versorgung erfolgt.

Belehrung zu Ihren Datenschutzrechten nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Sie haben das gesetzliche Recht auf **Auskunft** zu Ihren im Rahmen der Versorgung verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf **Löschung** (Art. 17 DSGVO) und **Berichtigung** (Art. 16 Satz 1 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragung (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X).

Für die Teilnahme am Vertrag erfolgt die weitere Verarbeitung durch die von den Leistungserbringern/Ärzten und Krankenkassen beauftragten Abrechnungs- und Rechenzentren. Sie können sich wegen der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an die teilnehmende Krankenkasse als verantwortliche Stelle gem. beigefügter Übersicht wenden oder gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

beschweren. Beschwerden über die Abrechnungs- und Rechenzentren richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde im Bundesland des Vertragspartners. Die entsprechenden Kontaktdaten teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 6 Abs. 1 Buchstaben a) sowie 9 Abs. 2 Buchstaben a) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO sowie § 140a in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a SGB V.

Sie können sicher sein, dass Ihre Daten besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) nicht mehr benötigt werden.

Teilnehmende Krankenkasse als verantwortliche Stelle:

Teilnehmende Krankenkasse	Kontakt Daten der verantwortlichen Stelle nach Art. 13 DSGVO	Kontakt Datenschutz
SECURVITA Krankenkasse	Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg E-Mail: mail@securvita-bkk.de	SECURVITA – Datenschutzbeauftragter Datenschutzbeauftragter@securvita-bkk.de
BKK 24	Sülbecker Brand 1, 31683 Obernkirchen E-Mail: info@bkk24.de	E-Mail Datenschutz: datenschutz@bkk24.de
BKK Herkules	Jordanstraße 6, 34117 Kassel E-Mail: info@bkk-herkules.de	E-Mail Datenschutzbeauftragte: Datenschutzbeauftragter@bkk-herkules.de
BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33, 65187 Wiesbaden E-Mail: info@bkk-linde.de	E-Mail Datenschutz: datenschutz@bkk-linde.de
BKK Pfaff	Pirmasenser Straße 132, 67655 Kaiserslautern E-Mail: info@bkk-pfaff.de	E-Mail Datenschutz: AMuehlenberger@bkk-pfaff.de
Daimler BKK	Mercedesstr. 136, 70327 Stuttgart	Daimler BKK - Datenschutzbeauftragter Mercedesstr. 1, 28309 Bremen
Novitas BKK	Schifferstraße 92-100, 47059 Duisburg	www.novitas-bkk.de/Datenschutz/