

3. Nachtrag

zum Vertrag zur **Versorgung mit klassischer Homöopathie** gemäß § 73c SGB V

zwischen der

IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,

und der

Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung 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:

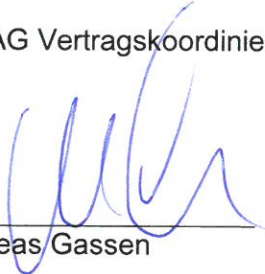
1. Die Anlage 1 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ wird ersetzt.
2. Die Anlage 2 „Teilnahmeerklärung Versicherter“ wird ersetzt.

II. Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2019 in Kraft.

Berlin, den 29.10.2018

Für die AG Vertragskoordinierung



Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Für die IKK classic

Tim Hollmann
Geschäftsbereichsleiter Versorgungsmanagement

Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.

Anlage 1 Teilnahmeerklärung Arzt

Anlage 1 Teilnahmeerklärung Vertragsarzt Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie nach § 73c SGB V IKK classic – AG Vertragskoordinierung

Kassenärztliche Vereinigung ...

...

Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag nach § 73c 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 DZVhA.

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 der IKK classic 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 Teilnahmegenehmigung mit Ablauf dieses Quartals erlischt. Die Vorlage des gültigen DZVhA-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 1 Teilnahmeerklärung Vertragsarzt
Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie nach § 73c SGB V
IKK classic – AG Vertragskoordinierung

Allgemeines

Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich quartalsweise nach Einschreibung an die Kassenärztliche Vereinigung zur Übermittlung an die Krankenkasse weiter.

Leistungen nach dem Vertrag nach § 73c SGB V dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung erteilt wurde.

Hinweise zur Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die
IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden, Vorstand@ikk-classic.de – Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten wenden Sie sich an
IKK classic, Datenschutzbeauftragter
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden, datenschutz@ikk-classic.de

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der IKK classic ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag nach § 73c SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die IKK classic und die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordinierung erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.
- Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung an die IKK classic weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf der Homepage der IKK classic veröffentlicht.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

Information über Ihre Rechte

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an die für die IKK classic zuständige Aufsichtsbehörde richten:

Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Husarenstraße 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de.

Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherter

Kassenkassenzahl: Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
gültig am:		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Stichtag
Betriebskassen-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bearbeitungshinweise für Praxen
 Original an Kassenärztliche Vereinigung zur
 Weiterleitung an die IKK classic
 Kopie bitte der Patientin/ dem Patienten
 aushändigen

Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patientinnen und Patienten

zu dem Vertrag nach § 73c SGB V zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag zwischen der IKK classic und der Kassenärztlichen Vereinigung.

Patienteninformation: Durch diesen Vertrag wird für die Versicherten eine adäquate Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht. Die teilnehmenden Ärzte verfügen über eine besondere Qualifikation auf dem Gebiet der klassischen Homöopathie. Die Anwendung einer homöopathischen Therapie ist grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist.

Leistungsinhalt dieses Vertrages sind spezifisch 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 Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig.

Hinweis auf Widerrufsrecht: Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach der Unterzeichnung ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf erfolgt in Textform (z.B. per Brief oder Email) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Erklärung der Patientin / des Patienten: Ja, ich will an dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag teilnehmen. Ich verpflichte mich gemäß § 73c SGB V gegenüber der IKK classic, für grundsätzlich ein Jahr, jedoch mindestens für die Dauer der Behandlung nur den nachfolgend genannten, an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel oder eine Kündigung der Teilnahme möglich.

Meine homöopathische Ärztin / mein homöopathischer Arzt ist: _____
 Ich habe mich zuvor bei folgender Ärztin / folgendem Arzt für diesen Vertrag eingeschrieben (nur ausfüllen, falls zutreffend): _____

Eine Kopie dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung, sowie der Datenschutzerklärung wurden mir ausgehändigt.

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 73c SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten / gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.	Einwilligung in die Teilnahmebedingungen
Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes	Datum, Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Datenschutzklärung zur Teilnahme am Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderer Versorgungsauftrag zwischen der IKK classic und der Kassenärztlichen Vereinigung

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

1. 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).

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist die
IKK classic
Tannenstraße 4b
01099 Dresden.

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

IKK classic
Herrn Willi Goebel
Tannenstraße 4b
01099 Dresden
datenschutz@ikk-classic.de

wenden oder gegenüber der für die IKK classic zuständigen Aufsichtsbehörde, der

Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Husarenstraße 30
53117 Bonn
poststelle@bfdi.bund.de

beschweren. Beschwerden über die Abrechnungs- und Rechenzentren richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde im Bundesland des Vertragspartners. Die entsprechenden Kontaktdaten teilen wir Ihnen auf Anfrage gern 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 § 73c 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 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.

2. 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.

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

Ich erkläre mich hiemit 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 weiter gegeben 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.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Anlage 2

