Vertrag

zur Versorgung mit klassischer Homöopathie

als besonderen Versorgungsauftrag

gemäß § 140a SGB V

zwischen der

SECURVITA Krankenkasse

Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

und der

Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung

vertreten durch die

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

- nachfolgend „AG Vertragskoordinierung“ genannt -

Vertrag in der Fassung 7. Nachtrag – Stand: 01.01.2026

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Ziel des Vertrages

§ 2 Gegenstand des Versorgungsvertrages

§ 3 Versorgungsauftrag der Vertragsärzte

§ 4 Qualifikation der Vertragsärzte

§ 5 Teilnahme der Vertragsärzte

§ 6 Teilnahme der Versicherten

§ 7 Aufgaben der Vertragspartner

§ 8 Vergütung

§ 9 Abrechnungsverfahren

§ 10 Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

§ 11 Vertragliche Maßnahmen

§ 12 Schweigepflicht / Datenschutz

§ 13 Teilnahme weiterer Krankenkassen

§ 14 Schriftform

§ 15 Salvatorische Klausel

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

Anlagen

Anlage 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

Anlage 2: Teilnahme- und Einverständniserklärung für Patientinnen und Patienten

Anlage 3: Technische Anlage Version 4.00

Präambel

Homöopathie ist eine Heilmethode, deren Therapieformen sich am Ähnlichkeitsprinzip orientieren. Ein homöopathischer Grundsatz lautet, dass Ähnliches durch Ähnliches geheilt werde. Kranke werden daher mit solchen Mitteln behandelt, die bei Gesunden ähnliche Krankheitserscheinungen hervorrufen würden.

Die Homöopathie begreift Krankheit als eine Störung, die den ganzen Menschen betrifft. Nicht das einzelne Symptom, sondern der Mensch in seiner Gesamtheit wird behandelt. Als Ziel der Homöopathie gilt die Anregung der selbstregulatorischen Heilkräfte des Organismus. Der Patient bekommt das ausgewählte Arzneimittel in möglichst niedriger Dosis und in besonders zubereiteter, „potenzierter“ Form. Voraussetzung auf Seiten des homöopathischen Arztes sind deshalb eine fundierte Ausbildung mit entsprechender Arzneimittelkenntnis und regelmäßige Fortbildungen.

Vor diesem Hintergrund verfolgen die Vertragsparteien mit diesem Vertrag das Ziel, die Patientenversorgung mit klassischer Homöopathie als einen besonderen Bereich der ambulanten Versorgung auf einem hohen qualitativen Niveau zu sichern. Gleichzeitig sollen Wirtschaftlichkeit und Effizienz erhöht werden.

§ 1
Ziel des Vertrages

Ziel des Vertrages ist die qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung mit klassischer Homöopathie für die Versicherten der SECURVITA Krankenkasse.

Durch diesen Vertrag soll der Zugang der Versicherten der SECURVITA Krankenkasse zu qualifizierter Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie als besondere ambulante vertragsärztliche Versorgung sichergestellt werden.

§ 2
Gegenstand des Versorgungsvertrages

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
Versorgungsauftrag der Vertragsärzte

(1) Die Behandlung mit klassischer Homöopathie besteht aus spezifisch-ärztlich homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen sowie der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Es gilt die Richtlinie über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Der Versorgungsauftrag der teilnehmenden Vertragsärzte umfasst im Einzelnen folgende Leistungen:

- Homöopathische Erstanamnese vom Beginn des 13. Lebensjahres an nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung einmal im Krankheitsfall (Mindestdauer 60 Minuten)
- Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung einmal im Krankheitsfall (Mindestdauer 40 Minuten)
- Repertorisation
- Homöopathische Analyse
- Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)
- Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 15 Minuten)
- Homöopathische Beratung (Mindestdauer 7 Minuten).

(3) Der teilnehmende Vertragsarzt hat im Rahmen des Versorgungsauftrags eine Lotsenfunktion und weist den Versicherten ausdrücklich darauf hin, dass dieser sich durch seine Teilnahmeerklärung dazu verpflichtet, im Rahmen des Versorgungsauftrags andere ärztliche Leistungserbringer nur auf seine Überweisung in Anspruch zu nehmen.

§ 4
Qualifikation der Vertragsärzte

(1) Zur Teilnahme an diesem Vertrag sind niedergelassene Vertragsärzte berechtigt, die zum Führen der Zusatzbezeichnung „Homöopathie" nach dem Weiterbildungsrecht berechtigt sind oder das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ erworben haben.

(2) Zur Aufrechterhaltung der Teilnahmeberechtigung verpflichten sich die teilnehmenden Vertragsärzte zur regelmäßigen Teilnahme an den von den Ärztekammern und/oder den Kassenärztlichen Vereinigungen und/oder der SECURVITA Krankenkasse anerkannten homöopathischen Fortbildungen,

z. B. homöopathischen Qualitätszirkeln, in einem Mindestumfang von 100 CME-Punkten in fünf Jahren, wobei mit der Teilnahme an Qualitätszirkeln maximal 75 Punkte der geforderten Homöopathiefortbildung erworben werden darf. Die Fortbildungen/Qualitätszirkel müssen sich inhaltlich überwiegend auf Einzelmittelhomöopathie beziehen.

(3) Die Teilnahme an den homöopathischen Fortbildungen und an den homöopathischen Qualitätszirkeln ist der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung alle fünf Jahre, beginnend mit Ablauf des Jahres, in dem der Arzt die Teilnahme an dem Vertrag erklärt hat, nachzuweisen. Werden die Fortbildungsnachweise nicht bis zum 15.02. nach Ablauf eines solchen fünf Jahreszeitraumes nachgewiesen, erlischt die Teilnahmegenehmigung mit Ablauf des 1. Quartals des Kalenderjahres.

(4) Hat der teilnehmende Vertragsarzt ein gültiges Diplom des DZVhÄ, so gilt die Vorlage des Diploms als Nachweis bis zum Ablaufdatum des Diploms. Danach gelten die Regelungen des Absatzes 3, solange kein verlängertes Diplom vorgelegt wird.

(5) Bei begründeten Zweifeln kann die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Teilnahme eines Vertragsarztes von einem Kolloquium vor einem fachkundig besetzten Gremium abhängig machen. Dieses Kolloquium ist ggf. auf Antrag der SECURVITA Krankenkasse einzuberufen.

§ 5

Teilnahme der Vertragsärzte

(1) Der Vertragsarzt beantragt seine Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, weist hierbei schriftlich die Teilnahmevoraussetzungen nach und erkennt die Inhalte dieses Vertrages an. Gleichzeitig stimmt der Vertragsarzt der Veröffentlichung seiner persönlichen Daten zum Zwecke der Versicherteninformation über die Teilnahme an diesem Vertrag (einschließlich der Veröffentlichung in einem Verzeichnis auf der Homepage der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung) zu.

(2) Bei Vorliegen der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 1 erteilt die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach dieser Vereinbarung.

(3) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme an dem Vertrag gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen.

(4) Die Teilnahme des Vertragsarztes endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt das Ende seiner Teilnahme mit.

§ 6

Teilnahme der Versicherten

(1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der SECURVITA Krankenkasse. Der Versicherte erklärt seine Teilnahme schriftlich nach Anlage 2. Die Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Vertragsarzt.

(2) Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte gegenüber der Krankenkasse, ärztliche Leistungen im Rahmen klassischer Homöopathie entsprechend des Versorgungsauftrags gemäß § 3 nur von teilnehmenden Vertragsärzten in Anspruch zu nehmen. Ferner verpflichtet er sich, im Rahmen des Versorgungsauftrages andere ärztliche Leistungserbringern 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.

(3) Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten quartalsweise nach der Einschreibung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zur Übermittlung an die SECURVITA Krankenkasse weiterzuleiten.

§ 7

Aufgaben der Vertragspartner

(1) Die AG Vertragskoordinierung nimmt die Aufgaben dieses Vertrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wahr, die ihre Mitglieder sind.

(2) In KV-Regionen, die nicht Mitglied der AG Vertragskoordinierung sind, übernimmt die KBV als Geschäftsführerin die Aufgabe der KV.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen die Teilnahmeerklärungen für Vertragsärzte (Anlage 1) zur Verfügung. Die Teilnahmeerklärungen für Versicherte (Anlage 2) werden von der SECURVITA

Krankenkasse bereitgestellt und von der AG Vertragskoordinierung an die Kassenärztlichen Vereinigungen weitergegeben, die diese dann den teilnehmenden Vertragsärzten zur Verfügung stellen.

(4) Ein aktuelles Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte, das die Informationen gemäß Anlage 3 enthält, wird auf der Homepage der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung veröffentlicht.

(5) Die SECURVITA erhält nach der Technischen Anlage (Anlage 3) ein aktuelles Verzeichnis der teilnehmenden Vertragsärzte in elektronischer Form.

(6) Die SECURVITA Krankenkasse informiert ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über die Inhalte und Ziele dieses Vertrages sowie über die teilnehmenden Ärzte.

(7) Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung informiert die niedergelassenen Ärzte für die Dauer des Vertrages über die Möglichkeit zur Teilnahme an diesem Vertrag.

§ 8
Vergütung

(1) Die SECURVITA Krankenkasse vergütet die Leistungen gemäß § 3 wie folgt:

Lfd. Nr.	Leistungen	GOP	Vergütung
1	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung einmal im Krankheitsfall (Mindestdauer 40 Minuten) Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar. Ist eine Erstanamnese bereits erfolgt, ist in den Folgejahren eine erneute Erstanamnese nur bei medizinischer Indikation, insbesondere bei Diagnoseänderung, abrechenbar.	81200B	61,50 EUR
2	Homöopathische Erstanamnese vom Beginn des 13. Lebensjahres an nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung einmal im Krankheitsfall (Mindestdauer 60 Minuten) Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar. Ist eine Erstanamnese bereits erfolgt, ist in den Folgejahren eine erneute Erstanamnese nur bei medizinischer Indikation, insbesondere bei Diagnoseänderung, abrechenbar.	81201B	92,25 EUR

3	Repertorisation Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal abrechenbar.	81202B	20,50 EUR
4	Homöopathische Analyse Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal abrechenbar.	81203B	20,50 EUR
5	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten) Diese Leistung ist höchstens einmal pro Quartal abrechenbar. Die Leistung ist nur abrechenbar nach Erbringen der Leistungen nach lfd. Ziffer 1 oder 2, aber nicht neben 1, 2, 6 und 7 am selben Tag.	81204B	46,13 EUR
6	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 15 Minuten) Diese Leistung ist höchstens zweimal pro Quartal abrechenbar. Die Leistung ist nur abrechenbar nach Erbringen der Leistungen nach lfd. Ziffer 1 oder 2, aber nicht neben 1, 2, 5 und 7 am selben Tag.	81205B	23,06 EUR
7	Homöopathische Beratung (Mindestdauer 7 Minuten) Diese Leistung ist höchstens fünfmal pro Quartal abrechenbar. Die Leistung ist nur abrechenbar nach Erbringen der Leistungen nach lfd. Ziffer 1 oder 2, aber nicht neben 1, 2, 5 und 6 am selben Tag. Diese Leistung kann telefonisch erbracht werden.	81206B	10,25 EUR

(2) Der Arzt ist nicht berechtigt, darüber hinaus für homöopathische Leistungen eine privatärztliche Vergütung von dem Patienten zu verlangen.

(3) Homöopathische Leistungen nach Abs. 1, die vor Vertragsbeginn erbracht wurden, sind nicht über diesen Vertrag abrechenbar.

(4) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V.

(5) Die Vertragspartner prüfen jährlich die Anpassung der Vergütung für Leistungen nach Abs. 1.

§ 9
Abrechnungsverfahren

(1) Die erbrachten Leistungen gem. § 8 sind von den Vertragsärzten über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen. Diese ist berechtigt, die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.

(2) Die Leistungen werden in den Abrechnungsunterlagen im Formblatt 3 – Kontenart 570 – unter den in § 8 aufgeführten Abrechnungsnummern gesondert ausgewiesen.

(3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung, der Zahlungstermine, der rechnerischen/sachlichen Berichtigung gelten grundsätzlich die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages zwischen den Vertragspartnern.

(4) Die SECURVITA Krankenkasse behält sich jedoch für einen Zeitraum von 2 Jahren nach Rechnungslegung Vergütungsrückforderungen gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung oder einer von dieser beauftragten Abrechnungsstelle vor, wenn eine Vergütung erfolgt ist, die nicht den Bestimmungen des Vertrages entspricht. Erfolgt eine unrechtmäßige Vergütung aus Gründen, die nicht von der Kassenärztlichen Vereinigung oder der von dieser beauftragten Abrechnungsstelle zu vertreten sind, verfolgt die SECURVITA Krankenkasse die Rückforderung direkt gegenüber dem abrechnenden Arzt.

§10
Technische und organisatorische Form der Datenübermittlung

(1) Die technische und organisatorische Form der Datenübermittlung wird in der jeweils gültigen Technischen Anlage geregelt. Sie ist Bestandteil dieses Vertrages.

(2) Bei einer Lieferung von Produktionsdaten ist von der Korrektheit der gelieferten Daten auszugehen, wenn die Vorgaben des Vertrages und der jeweils gültigen Technischen Anlage erfüllt sind. In der Technischen Anlage ist spezifiziert, wann eine Datenlieferung als fehlerhaft anzusehen ist. Fehlerhafte oder unvollständige Datenlieferungen sind umgehend, jedoch längstens bis zum Ablauf einer Frist von 2 Wochen nach bestätigtem Eingang der Daten zu reklamieren. Erfolgt bis zum Ablauf dieser Frist keine detaillierte Reklamation seitens der in der Technischen Anlage als „Datenannahmestellen“ aufgeführten, annehmenden Institution, erlischt die Verpflichtung der Daten liefernden Stelle auf Nachlieferung.

(3) Werden die Voraussetzungen der Reklamation gemäß Absatz 2 ordnungsgemäß erfüllt, ist die Daten liefernde Stelle verpflichtet, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt der Reklamation korrigierte Daten an die reklamierende Stelle zu übermitteln.

§ 11
Vertragliche Maßnahmen

Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ergreift bei Nichteinhaltung der Vertragspflichten, unabhängig von Maßnahmen der sachlichen und rechnerischen Berichtigung, je nach Schwere des Verstoßes, in Abstimmung mit der SECURVITA Krankenkasse eine der folgenden Maßnahmen:

- Aufforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
- keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen nach diesem Vertrag,
- Widerruf der Teilnahmegenehmigung.

§ 12
Schweigepflicht / Datenschutz

(1) Die Vertragsbeteiligten verpflichten sich in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten die zum Datenschutz geltenden Vorschriften, insbesondere der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften (SGB) für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Daten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

(2) Der Vertragsarzt erklärt die Zustimmung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1. Die Zustimmung der Versicherten zur Datenverarbeitung ist vom Vertragsarzt unter Verwendung der Teilnahmeerklärung der Versicherten nach Anlage 2 einzuholen. Der Versicherte erhält mit der Teilnahmeerklärung die Hinweise zum Datenschutz.

(3) Die Vertragspartner versichern jeweils untereinander sowie gegenüber den Versorgungspartnern, die notwendigen technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine rechtskonforme Verarbeitung der anvertrauten Patientendaten zu erfüllen.

§ 13
Teilnahme weiterer Krankenkassen

Der Beitritt weiterer Krankenkassen, die nicht im Rubrum genannt wurden, ist möglich. Er beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrags akzeptiert.

§ 14
Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürften zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform.

§ 15
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages hiervon nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken ersetzen oder durch solche Vorschriften zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.

§ 16
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Der Vertrag einschließlich aller Anlagen, die Bestandteil des Vertrags sind, tritt mit Wirkung zum 01.07.2009 in Kraft.

(2) Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende.

(3) Die beitretenden Krankenkassen können ihren Beitritt mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende widerrufen.

Anlage 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

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 Teilnahmegenehmigung 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

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 § 140a 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
SECURVITA Krankenkasse, Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten wenden Sie sich an

SECURVITA Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter
Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg

Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der SECURVITA Krankenkasse ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a 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 SECURVITA Krankenkasse, die teilnehmenden Krankenkassen 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 SECURVITA Krankenkasse weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigungen und auf der Homepage der SECURVITA Krankenkasse und der beteiligten Krankenkassen 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 für 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 SECURVITA Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde richten:

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

Anlage 2: Teilnahmeerklärung Versicherter

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

Vertragskennzeichen 120 A 0400482

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 der/s 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 Krankenkassen

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	Kontaktdaten 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
BKK24	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 Datenschutzbeauftragter: 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: Datenschutz@bkk-pfaff.de
Mercedes Benz BKK	Mercedesstr. 136, 70327 Stuttgart	E-Mail Datenschutz: datenschutz@mercedes-benz-bkk.de
Novitas BKK	Zum Portsmouthplatz 24, 47051 Duisburg	E-Mail Datenschutz: datenschutz@novitas-bkk.de

Anlage 3: Technische Anlage Version 4.00

wird benannt