

## 4. Nachtrag

zum Vertrag zur **Versorgung mit klassischer Homöopathie** gemäß § 73c 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. Der § 8 Abs. 1 wird wie folgt geändert:

(1) Die SECURVITA 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	<p>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)</p> <p>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.</p>	81201B	92,25 EUR
3	<p>Repertorisation</p> <p>Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal abrechenbar.</p>	81202B	20,50 EUR
4	<p>Homöopathische Analyse</p> <p>Diese Leistung ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal abrechenbar.</p>	81203B	20,50 EUR
5	<p>Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)</p> <p>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.</p>	81204B	46,13 EUR
6	<p>Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 15 Minuten)</p> <p>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.</p>	81205B	23,06 EUR
7	<p>Homöopathische Beratung (Mindestdauer 7 Minuten)</p> <p>Diese Leistung ist höchstens fünfmal pro Quartal abrechenbar.</p> <p>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.</p>	81206B	10,25 EUR

2. In § 8 wird ein neuer Absatz 5 eingefügt: Die Vertragspartner prüfen jährlich die Anpassung der Vergütung für Leistungen nach Abs. 1.
3. Der § 9 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst: Die Leistungen werden in den Abrechnungsunterlagen im Formblatt 3 – Kontenart 409 – unter den in § 8 aufgeführten Abrechnungsnummern gesondert ausgewiesen.

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

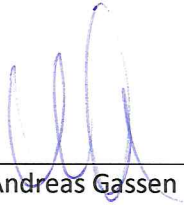
II. Die übrigen Regelungen bleiben unberührt.

III. Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.04.2020 in Kraft.

Berlin, den *30.01.2020*

Für die AG Vertragskoordinierung

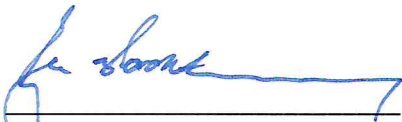


---

Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender der  
Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung

Für die SECURVITA Krankenkasse



---

Götz Hachtmann  
Vorstandsvorsitzender der SECURVITA Krankenkasse

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 § 73c 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 potentiell 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.

**Hinweis auf Widerrufsrecht:** Diese Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von 14 Tagen nach der Unterzeichnung ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der SECURVITA / den beigetretenen Krankenkassen 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 § 73c 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. Bei wichtigen Gründen (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung, Störung des Vertrauensverhältnisses) ist ein Arztwechsel möglich. An diese Verpflichtung bin ich mindestens ein Jahr gebunden.

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.)

\_\_\_\_\_

**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. 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:

Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Husarenstraße 30, 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 § 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 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
<b>SECURVITA</b>	Lübeckertordamm 1-3, 20099 Hamburg E-Mail: <a href="mailto:mail@securvita.de">mail@securvita.de</a>	SECURVITA – Datenschutzbeauftragter <a href="mailto:datenschutz@securvita.de">datenschutz@securvita.de</a>
<b>actimonda krankenkasse</b>	Hüttenstraße 1, 52068 Aachen	Actimonda – Datenschutzbeauftragter 52067 Aachen <a href="http://www.actimonda.de/privacy">www.actimonda.de/privacy</a>
<b>BKK 24</b>	Sülbecker Brand 1, 31683 Obernkirchen E-Mail: <a href="mailto:info@bkk24.de">info@bkk24.de</a>	E-Mail Datenschutz: <a href="mailto:datenschutz@bkk24.de">datenschutz@bkk24.de</a>
<b>BKK Herkules</b>	Jordanstraße 6, 34117 Kassel E-Mail: <a href="mailto:info@bkk-herkules.de">info@bkk-herkules.de</a>	E-Mail Datenschutzbeauftragte: <a href="mailto:Datenschutzbeauftragter@bkk-herkules.de">Datenschutzbeauftragter@bkk-herkules.de</a>
<b>BKK Linde</b>	Konrad-Adenauer-Ring 33, 65187 Wiesbaden E-Mail: <a href="mailto:info@bkk-linde.de">info@bkk-linde.de</a>	E-Mail Datenschutz: <a href="mailto:datenschutz@bkk-linde.de">datenschutz@bkk-linde.de</a>
<b>BKK Pfaff</b>	Pirmasenser Straße 132, 67655 Kaiserslautern E-Mail: <a href="mailto:info@bkk-pfaff.de">info@bkk-pfaff.de</a>	E-Mail Datenschutz: <a href="mailto:AMuehlenberger@bkk-pfaff.de">AMuehlenberger@bkk-pfaff.de</a>
<b>Daimler BKK</b>	Mercedesstr. 136, 70327 Stuttgart	Daimler BKK - Datenschutzbeauftragter Mercedesstr. 1, 28309 Bremen
<b>Novitas BKK</b>	Schifferstraße 92-100, 47059 Duisburg	<a href="http://www.novitas-bkk.de/Datenschutz/">www.novitas-bkk.de/Datenschutz/</a>