

1. Homöopathie

1.1 Grundlagen

Kurzinformation	Die Homöopathie gehört zu den bekanntesten alternativen Behandlungsmethoden Deutschlands. Durch eine ausführliche Fallaufnahme (Anamnese) erstellt der homöopathische Arzt ein umfassendes Bild des Kranken mit allen körperlichen und seelischen Facetten. Bei vielen Krankheitsbildern kann die Homöopathie gute Heilungserfolge aufweisen. Homöopathische Leistungen gehören nicht zum Standard der gesetzlichen Krankenkassen.
Vertragspartner	Die BIG hat einen integrierten Versorgungsvertrag (IV) mit dem Deutschen Zentralverein Homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) und dem Deutschen Apothekerverband geschlossen. So können die Versicherten der BIG homöopathische Behandlungen in Anspruch nehmen.
Zielsetzung	• qualitativ hochwertige, patientenorientierte Versorgung mit klassischer Homöopathie • Erleichterung des Zugangs zur Homöopathie • angemessene Beratung und Behandlung mit Homöopathie • Zusammenarbeit/Austausch Ärzte mit Apothekern (sektorenübergreifend)
Voraussetzungen	• BIG versichert • freiwillige Teilnahme • Auswahl teilnehmender Arzt • Einschreibung des Versicherten
Pflicht des Vertragsarztes	▪ am IV-Vertrag teilnimmt, ▪ eine spezielle Zusatzqualifikation Homöopathie erworben hat ▪ und sich zur regelmäßigen Teilnahme an homöopathischen Fortbildungen verpflichtet.
Einschreibung	Vor Behandlungsbeginn wählt der Versicherte einen qualifizierten Arzt und Apotheker aus, der am Homöopathie-Vertrag teilnimmt. Der Arzt entscheidet dann, ob eine homöopathische Behandlung angezeigt ist. Der Versicherte erhält dann vom Arzt Einschreibeunterlagen zur Teilnahme an der homöopathischen Behandlung, die er unterschreiben muss.
Behandlungsleistungen	▪ Homöopathische Erstanamnese – einmal je Krankheitsfall (=das ausführliche Erstgespräch zur Ermittlung der Beschwerden) ▪ Homöopathische Analyse und Repertorisation: nachdem der Arzt sich ein Bild gemacht hat, wählt er die geeignete Arznei aus. ▪ Homöopathische Folgeanamnese: Sie dient zur Kontrolle des Behandlungs- und Heilungsverlaufs.

	▪ Homöopathische Beratung: der homöopathische Arzt beantwortet Fragen des Versicherten ▪ Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker ▪ Beratung durch die Apotheke
Medikamente	Der behandelnde Arzt klärt die Patienten in der Regel genau über die Einnahme und die Wirkungen der homöopathischen Medikamente auf. Die Versicherten können sich auch von Apothekern mit besonderer homöopathischer Qualifikation beraten lassen. Homöopathische Arzneimittel müssen vom Patienten selbst bezahlt werden, hier gibt es folgende Ausnahmen: ▪ Bei Kindern unter 12 Jahren werden die Kosten für Arzneimittel, die über ein Kassenrezept verordnet werden, von der BIG übernommen. Privatrezepte können nicht übernommen werden. ▪ Bei Jugendlichen und Erwachsenen gibt es für bestimmte Krankheiten Ausnahmeregelungen. Die Liste der Ausnahmen sind unter www.dzvhae.de zu finden.
Arztwahl	Arztsuche BIG - Homöopathieärzte
Wechsel des Arztes Ab 01.12.2017 Neu	• Gebunden an den Arzt für mind. 1 Jahr (seit 1.12.17) • Versicherter unterschreibt Teilnahmeerklärung beim neuen teilnehmenden Arzt • Arzt informiert BIG per Fax (-199) über den Wechsel • Versicherter legt neue Teilnahmeerklärung bei der Apotheke vor
Wechsel der Apotheke	Versicherter informiert neue teilnehmende Apotheke durch Vorlage der Teilnahmeerklärung über seine Teilnahme an der integrierten Versorgung
Kündigung der Teilnahme	• Jederzeit zum Quartalsende schriftlich möglich • Kündigung erfolgt beim Vertragsarzt mittels Vordruck • Arzt informiert BIG per Fax (-199)

1.2 Prozessstruktur Homöopathie

Visio [hier](#)

1.3 Erfassung

Teilnahmeerklärungen werden in 21c erfasst:

(**Merke:** Seit dem 01.12.2017 ist eine neue Teilnahmeerklärung erforderlich.)

Blatt 1) Vertragsbestandteil



Patientendaten
(GRV-Formularkopf links oben drucken oder Aufkleber einbringen, einschließlich Nennung der konkreten Krankenkasse)

Managementgesellschaft
des Deutschen Zentralverbands
homöopathischer Ärzte e.V.



- Hinweise an den Leistungserbringer: Die unterschriebene „Teilnahme- und Einverständniserklärung“ ist an die Krankenkasse des Patienten zu faxen. Weitere Informationen und eine Liste der Faxnummern unter www.managementgesellschaft-dzvhoe.de
- Die „Einwilligungserklärung Datenschutz“ bitte ebenfalls unterschreiben lassen und das Formular in der Patientenakte verwahren.

Gültig ab 01.11.2017

A. Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten für die Versorgung mit Klassischer Homöopathie

1. Ja, ich möchte an der von der Managementgesellschaft des DZVhÄ und meiner Krankenkasse angebotenen besonderen Versorgung mit Klassischer Homöopathie (im Folgenden „Versorgung“ genannt) teilnehmen und wünsche meine Behandlung auf Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.
2. Diese Teilnahme- und Einverständniserklärung, die nähere Informationen zu den Zielen und Inhalten der Versorgung enthält, hat mir mein Arzt vor Unterzeichnung als Ausdruck im Auftrag meiner Krankenkasse überreicht. Im Rahmen dieser Versorgung wird auf der Grundlage des § 140a SGB V der Zugang zur adäquaten Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie für die Versicherten meiner Krankenkasse mit Unterstützung der teilnehmenden Apotheken geregelt.

Die Versorgung beinhaltet folgende Leistungen:

- Homöopathische Erstanamnese
- Repertorisation (Ermittlung geeigneter Mittel für die homöopathische Medikation)
- Homöopathische Analyse
- Homöopathische Folgeanamnese
- Homöopathische Beratung

November 2017



Gültig ab 01.12.2017

Patientendaten (Formularkopf links oben drucken oder aufkleben anbringen)

Hinweise an den Leistungserbringer

- ▶ Dieses Formular mit der Kennung **8** bitte nur für die hierfür gemäß Fax-Nummernliste vorgesehenen Krankenkassen verwenden (derzeit BIG direkt gesund).
- ▶ Die unterschriebene „Teilnahme- und Einverständniserklärung“ ist an die Krankenkasse des Patienten zu faxen. Weitere Informationen und eine Liste der Faxnummern unter www.managementgesellschaft-dzvhae.de
- ▶ Die „Einwilligungserklärung Datenschutz“ bitte ebenfalls unterschreiben lassen und das Formular in der Patientenakte verwahren.

Teilnahme- und Einverständniserklärung des Patienten für die Versorgung mit Klassischer Homöopathie

1. Ja, ich möchte an der von der Managementgesellschaft des DZVhÄ und meiner Krankenkasse angebotenen besonderen Versorgung mit Klassischer Homöopathie (im Folgenden „Versorgung“ genannt) teilnehmen und wünsche meine Behandlung auf Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

2. Diese Teilnahme- und Einverständniserklärung, die nähere Informationen zu den Zielen und Inhalten der Versorgung enthält, hat mir mein Arzt vor Unterzeichnung als Ausdruck im Auftrag meiner Krankenkasse überreicht. Im Rahmen dieser Versorgung wird auf der Grundlage des § 140a SGB V der Zugang zur adäquaten Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie für die Versicherten meiner Krankenkasse mit Unterstützung der teilnehmenden Apotheken geregelt.

Die Versorgung beinhaltet folgende Leistungen: Homöopathische Erstanamnese, Repertoriierung (Ermittlung geeigneter Mittel für die homöopathische Medikation), Homöopathische Analyse, Homöopathische Folgeanamnese, Homöopathische Beratung sowie Leistungen von Apotheken (Abgabe von Arzneimitteln, Aufklärung [zur Anwendung und Einnahme]).

Ich bin darüber informiert worden, dass die Homöopathie eine Behandlungsmethode der besonderen Therapieform ist, die Krankheiten mit potenzierten Arzneimitteln behandelt, die beim Gesunden dem Krankheitsbild möglichst ähnliche Symptome hervorrufen und dass die Anwendung einer homöopathischen Therapie grundsätzlich bei solchen Erkrankungsformen indiziert ist, bei denen eine Heilung oder Linderung durch spezifisches therapeutisches Ansprechen von potentiell noch vorhandenen Selbstheilungskräften zu erwarten ist. Mir ist ferner bekannt, dass die Behandlung mit klassischer Homöopathie aus spezialisierten homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde besteht. Mir ist darüber hinaus bekannt, dass die Kosten für nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähige Arzneimittel (nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel) nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden.

3. Mein Arzt hat mich im Auftrag meiner Krankenkasse darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist. Mein Recht auf freie Arzt- und ggf. Apothekenwahl wird dadurch nicht eingeschränkt.

4. Ich bin damit einverstanden, dass eine Behandlung im Rahmen dieser Versorgung nur durch die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte erfolgt und meine freie Arztwahl im Rahmen des Versorgungsangebotes auf diese Ärzte beschränkt ist. Die an dieser Versorgung teilnehmenden Ärzte kann ich der fortlaufend aktualisierten Internetseite www.managementgesellschaft-dzvhae.de entnehmen (in der dortigen Ärzteliste unter Vertragstyp E).

5. Mit meiner Teilnahmeerklärung wähle ich einen an dieser Versorgung teilnehmenden Arzt und eine teilnehmende Apotheke, die ich für Leistungen im Rahmen dieser Versorgung vorrangig in Anspruch nehme, um die Koordination zwischen Arzt und Apotheke zu gewährleisten. Die Inanspruchnahme eines zusätzlichen im Rahmen der Versorgung tätigen Arztes ist grundsätzlich ausgeschlossen. Es steht mir jedoch frei, den betreuenden Arzt zu wechseln. Hierfür muss ich bei meinem neuen betreuenden Arzt erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben. Wechsle ich die betreuende Apotheke, informiere ich die neue teilnehmende beratende Apotheke durch Vorlage meiner Teilnahmeerklärung über meine Teilnahme an dieser Versorgung.

6. Meine Teilnahmeerklärung erfolgt in zweifacher Ausführung, wobei ich ein Exemplar erhalte und ein Exemplar bei meinem Arzt verbleibt. Mein Arzt übermittelt unverzüglich nach meiner Einschreibung eine Kopie meiner Teilnahmeerklärung per Fax an meine Krankenkasse. Ich lege das bei mir verbleibende Exemplar dieser Teilnahmeerklärung vor Inanspruchnahme von Leistungen der von mir gewählten beratenden Apotheke vor.

7. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen nehme ich ab Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung an der Versorgung teil und darf entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen.

8. Ich bin ab der Unterzeichnung meiner Teilnahmeerklärung für ein Jahr an diese Versorgung gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn ich nicht spätestens vier Wochen vor Ablauf des ersten oder jedes weiteren Jahres meine Teilnahme kündige.

9. Ich kann meine Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, wenn besondere Gründe (z.B. ein Wohnortwechsel, eine Praxischließung oder ein gestörtes Vertrauensverhältnis zu meinem behandelnden Arzt) vorliegen. Dies gilt auch für den Fall, dass ich an einer von meiner Krankenkasse angebotenen hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen möchte.

10. Kündigungen erfolgen schriftlich gegenüber meiner Krankenkasse. Meine Krankenkasse informiert meinen Arzt von meiner Kündigung.

11. Meine Teilnahme endet

- mit Wirksamkeit einer Kündigung gemäß den Ziffern 8 und 9;
- bei einem Widerruf meiner Teilnahme gegenüber meiner Krankenkasse (siehe Ziffer 13);
- bei Widerruf meiner Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke (siehe „Anlage Einwilligungserklärung zum Datenschutz“);
- mit dem Ende meines Versicherungsverhältnisses zu meiner Krankenkasse oder
- wenn der dieser Versorgung zu Grunde liegende Vertrag durch die Vertragspartner gekündigt wird.

Außerdem kann meine Krankenkasse meine Teilnahme durch Kündigung mit sofortiger Wirkung beenden, wenn ich meine sich aus dieser Teilnahmeerklärung ergebenden Verpflichtungen nicht einhalte.

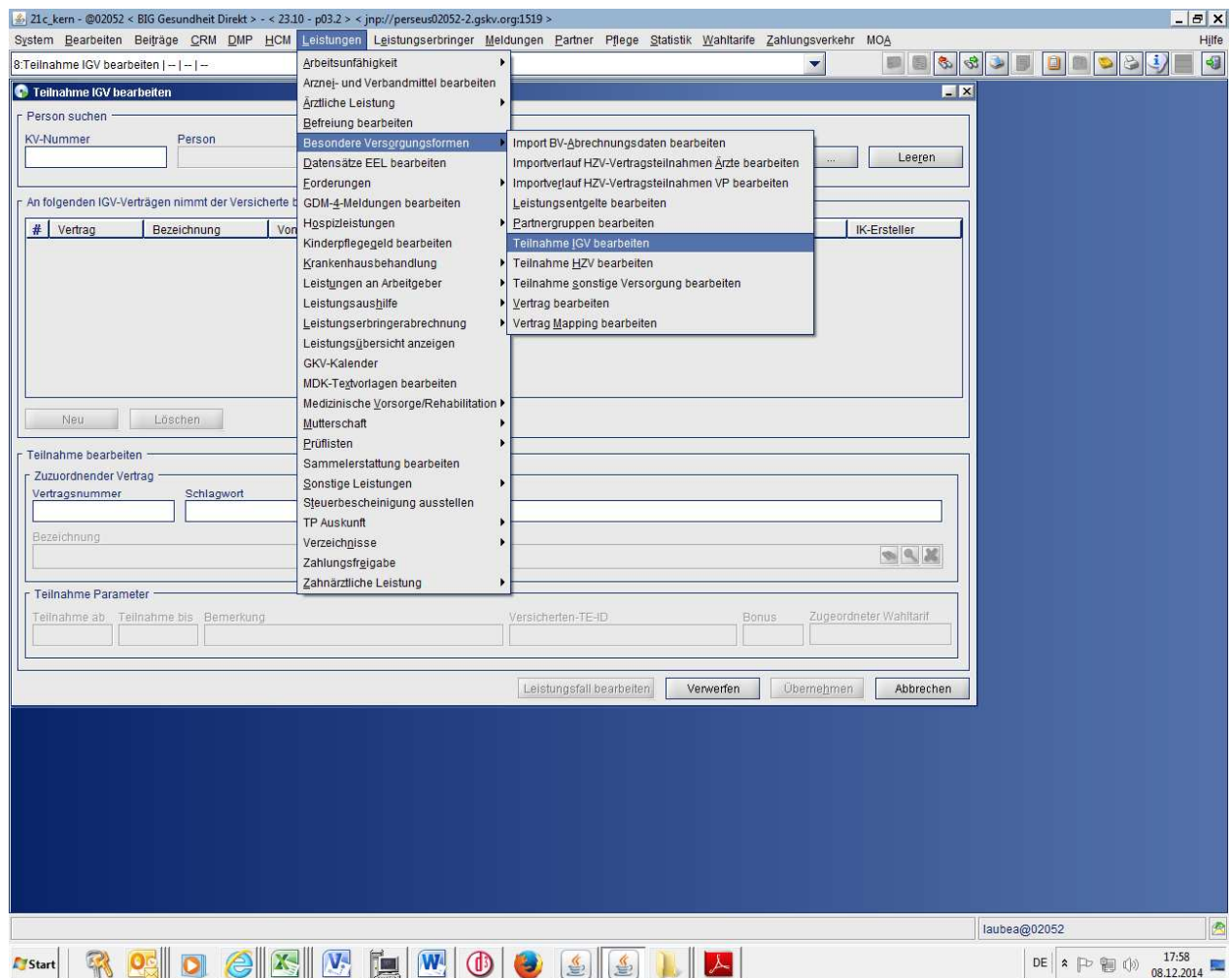
12. Mit der Teilnahme an dieser Versorgung ist eine anderweitige Inanspruchnahme homöopathischer Leistungen zu Lasten meiner Krankenkasse ausgeschlossen. Bei einem Verstoß gegen diese Regelungen hat meine Krankenkasse mir gegenüber einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die anderweitige Inanspruchnahme.

13. Mein Recht auf Widerruf: Hiermit wurde ich von meinem Arzt im Auftrag meiner Krankenkasse darüber belehrt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe widerrufen kann. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist in Textform oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn mein Arzt als Vertreter meiner Krankenkasse mir diese Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Datum Unterschrift Patient(in)

Name und vollständige Anschrift der Arztpraxis (Gabe in Blockschrift oder gut lesbarer Stempel)	
Betreibsstätten-Nr.	
LAMR	

Merke: Der Versicherte ist gem. neuer Teilnahmeerklärung ein Jahr an den gewählten Arzt gebunden, dennoch ist ein Wechsel aus besonderen Gründen möglich. (z.B. bei Wohnortwechsel, Vertrauensstörung). Bei einem neuen Arzt muss aber eine neue Teilnahmeerklärung ausgefüllt werden. Die Kündigungen erfolgen schriftlich über die Krankenkasse. Diese informiert den Arzt über die erfolgte Kündigung.



Durch die Erfassung der Teilnahmeerklärung ist eine Abrechnung der Leistungserbringer mit uns über die PRIA bzw. Syntela gewährleistet.

1.4 Dokumente

Anschreiben:

CHOMARZT	Homöopathie Info Ärzte Apotheken Wohnort
CHOMINFO	Homöopathie Info Versicherte

[BIG informiert Homöopathie](#)

[Emailvorlagen Homöopathie](#)