

„Heparinpräparate zur Thromboseprophylaxe und Soforttherapie (nur als einmaliges Sofort-Therapeutikum z. B. am Tag der Verletzung bzw. Operation), die ihrer Art nach bei mehr als einem Versicherten Anwendung finden, in wirtschaftlichen Packungsgrößen. Zur Therapie von mehr als einem Tag ist nur die Einzelverordnung auf den Namen des Patienten zulässig. Fondaparinux Natrium (z. B. Arixtra) nur bei den oben genannten Indikationen und bei gleichzeitiger bekannter Heparinunverträglichkeit.“

- (2) In Anlage 1 wird unter dem Abschnitt „05 Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie“ nach dem Artikel „Oraler Glukose-Toleranztest“ folgender Klammerzusatz angefügt:
„(Glukose bzw. Glukose-Monohydrat von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abgefasst, Fertiglösung nur in medizinisch begründeten Einzelfällen).“
- (3) In Anlage 1 wird unter dem Abschnitt „07 Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall“ das Wort „Antiasthmatica“ durch „Antiasthmatika“ ersetzt.
- (4) In Anlage 1 wird unter dem Abschnitt „07 Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall“ das Wort „Antihistaminica (auch H2-Blocker nur vor ambulant operativen Eingriffen)“ durch „Antihistaminika (auch H2-Blocker nur vor ambulant operativen Eingriffen)“ ersetzt.
- (5) In Anlage 1 wird unter dem Abschnitt „07 Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall“ das Wort „Cardiaca“ durch „Kardiaka“ ersetzt.
- (6) In Anlage 1 wird unter dem Abschnitt „07 Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall“ das Wort „Glucose“ durch „Glukose“ ersetzt.
- (7) In Anlage 1 wird unter dem Abschnitt „07 Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall“ das Wort „Corticoide“ durch „Kortikoide“ ersetzt.
- (8) In VIII wird in Absatz 1 Satz 1 wie folgt ersetzt:
„Die Vereinbarung tritt am 01. Juli 2015 in Kraft und kann schriftlich unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden.“

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, Essen, Bochum, Münster, Dresden, den 24.04.2015

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur. Bernhard Brautmeier
Vorsitzender Stellvertretender Vorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**
Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

BKK-Landesverband NORDWEST
Dietmar Kämper
Geschäftsbereichsleitung

IKK classic
Andreas Woggon
Geschäftsbereichsleiter
Vertragspartner Nordrhein

**SVLFG als landwirtschaftliche
Krankenkasse**

Knappschaft
Bettina am Orde
Geschäftsführerin

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Dirk Ruiss
Leiter der vdek-Landesvertretung NRW

Vertrag nach § 73c SGB V

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf
- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

der HEK - Hanseatische Krankenkasse, Hamburg
vertreten durch den Vorstand
-nachstehend HEK genannt -

über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

Präambel

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

Mit diesem Vertrag verfolgen die HEK und die KV Nordrhein vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personengruppen (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebskrankungen beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren ergänzend zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bei Versicherten im Alter von 18 bis 34 Jahren durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Ärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebserkrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

Die Auflichtmikroskopie unterstützt den Arzt im Rahmen der Hautkrebsvorsorge-Untersuchung bei der Unterscheidung zwischen einer harmlosen und gefährlichen Hautveränderung.

§ 1 Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag findet Anwendung für die nach § 3 berechtigten Vertragsärzte im Bereich der KV Nordrhein.

§ 2 Anspruchsberechtigter Personenkreis

- (1) Anspruchsberechtigt sind alle zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der HEK versicherten Personen -unabhängig von ihrem Wohnort- ab dem Alter von 18 Jahren bis zu einem Alter von 34 Jahren.
- (2) Die HEK informiert ihre Versicherten hierüber in geeigneter Weise. Die Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag erfolgt freiwillig durch eine Teilnahmeerklärung sowie dem Einverständnis zur Datenverarbeitung (Anlage 1).
- (3) Die Teilnahme des Patienten an diesem Vertrag beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Patienten haben das Recht, ihre Teilnahme innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich gegenüber der HEK zu erklären.
- (4) Die Patienten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend informiert worden sind.
- (5) Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der HEK mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende des Quartals kündigen. Die HEK wird den behandelnden Arzt des Patienten unverzüglich über die Kündigung/ den Widerruf der Teilnahme und den Zeitpunkt ihres Wirk-

samwerdens informieren. Bis zur Wirksamkeit der Kündigung bzw. des Widerrufs, längstens bis zu ihrer Bekanntgabe für den Fall, dass die HEK den Arzt nicht rechtzeitig informiert hat, hat der Arzt einen Vergütungsanspruch für Behandlungen nach diesem Vertrag.

- (6) Die Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag endet auch
 - a) mit Erreichen der unter Absatz 1 genannten Altersgrenze
 - b) mit dem Ende der Mitgliedschaft / des Versicherungsverhältnisses bei der HEK,
 - c) bei Beendigung des Vertrages.

§ 3 Zur Durchführung berechtigter Vertragsärzte

- (1) Zur Durchführung der Untersuchung gemäß § 5 dieses Vertrages berechtigt sind zugelassene, bzw. in einem MVZ oder bei einem Vertragsarzt angestellte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw. Dermatologie sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw. Dermatologie und Ärzte, die ihren Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein haben sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind im Bereich der KV Nordrhein Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Die KV Nordrhein informiert alle betreffenden Vertragsärzte über diesen Vertrag. Die Teilnahme des Vertragsarztes ist freiwillig. Folgender Nachweis ist vor Teilnahme am Vertrag einzureichen:
 - Nachweis über die Teilnahme an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung übersendet der beantragende Vertragsarzt den ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeantrag (Anlage 2) und den unter Absatz 1 erwähnten Nachweis an die für den Praxissitz zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein. Sofern die Teilnahmevoraussetzungen bereits für gleichlautende Vereinbarungen mit anderen Kassen/Kassenarten nachgewiesen wurden, gilt der Nachweis nach Abs. 1 auch vorliegend als erbracht.
- (3) Mit der Teilnahmeerklärung erkennen die Ärzte die jeweiligen Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an. Bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Nordrhein dem Vertragsarzt eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.
- (4) Die KV Nordrhein erstellt und führt eine Datei über die teilnehmenden Vertragsärzte. Diese Datei stellt die KV Nordrhein der HEK quartalsweise -bei Änderungen (Eintritt und Austritt) monatlich- auf einem bei ihr eingerichteten SFTP-

Server zur Verfügung. Eine Übersicht der teilnehmenden Vertragsärzte wird auf der Homepage der KV Nordrhein veröffentlicht. Die teilnehmenden Ärzte sind mit der Veröffentlichung ihres Namens, der Praxisadresse, der Fax-/Telefonnummer ggf. der Internetadresse einverstanden.

§ 4 Beendigung der Teilnahme der Ärzte

- (1) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet mit
 - dem Ruhen oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - der Feststellung der KV Nordrhein, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
 - der Kündigung, die schriftlich und mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Quartals gegenüber der KV Nordrhein zu erklären ist.

Die Teilnahme der Ärzte endet ferner, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit Beendigung des Vertrages.

- (2) Die Vertragspartner können bei erheblichen Vertragsverstößen eines Arztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann sowie bei Verstößen gegen gesetzliche, vertragsärztliche oder berufsrechtliche Verpflichtungen neben gesetzlichen, disziplinarischen oder berufsrechtlichen Maßnahmen folgende Maßnahmen ergreifen:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten.
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Pauschalen.
 - Kündigung der Teilnahme und der Abrechnungsgenehmigung.
- (3) Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der HEK möglich.

§ 5 Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2 dieses Vertrages) hat alle zwei Jahre Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (§ 3 dieses Vertrages); diese umfasst
 - a) Information der Versicherten zum Versorgungsangebot und zur Anspruchsberechtigung,
 - b) die Anamnese,
 - c) eine körperliche Untersuchung (visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines),
 - d) die erstmalige Hauttypbestimmung,
 - e) die vollständige Dokumentation,
 - f) die ggf. medizinisch erforderliche Auflichtmikroskopie.

- (2) Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen. Dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinzuweisen.
- (3) Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.
- (4) Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.
- (5) Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten - mit Einverständnis des Versicherten - dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen.

§ 6 Abrechnung und Vergütung

- (1) Abrechnungs- und vergütungsfähig sind die in § 5 aufgeführten ärztlichen Leistungen, wenn sie im Rahmen dieser Vereinbarung vollständig erbracht werden.
- (2) Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten übermittelt die Hautarztpraxis direkt per Fax an die HEK (040 65696-1185).
- (3) Die erbrachten Leistungen gem. § 5 können alle zwei Jahre von den Vertragsärzten mit den Symbol-Nrn. 01745H (Frauen) bzw. 01745I (Männer) sowie die ggf. medizinisch erforderliche Auflichtmikroskopie mit der Symbol-Nr. 92700 im Rahmen der Quartalsabrechnung über die KV Nordrhein abgerechnet werden. Die Buchstabenkennzeichnung erfolgt durch die KV Nordrhein automatisch im Rahmen der Abrechnung.
- (4) Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten einen Verwaltungskostenbeitrag auf die vereinbarten Vergütungspauschalen nach Abs. 5 entsprechend der Satzung der KV Nordrhein in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die im Rahmen dieser Vereinbarung abrechenbaren Leistungen werden über Pauschalvergütungen abgegolten. Die HEK entrichtet zur Abgeltung der erbrachten ärztlichen Leistungen nach § 5 jeweils eine Pauschale in Höhe von 26,00 € pro Fall. Wird die Hautkrebsvorsorge-Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie erbracht, so ist diese mit einem Zuschlag von 8,00 Euro pro Fall abrechenbar. Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ist ausgeschlossen.
- (6) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V.

- (7) Die KV Nordrhein stellt der HEK die Erstattung der nach Abs. 5 abgerechneten Vergütungen zusätzlich zur Gesamtvergütung in Rechnung. Das Honorarvolumen für die Vergütung der Leistungen dieses Vertrages wird detailliert nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern im Formblatt 3 im Kapitel 1.7.2 (O1745H/I) bzw. 90.4 (92700) in der Kontenart 409 erfasst und separat in der Ebene 6 ausgewiesen.
- (8) Hinsichtlich der Abrechnung, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KV Nordrhein.

§ 7 Datenschutz

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht und das Sozialgeheimnis unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben

oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

§ 9 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt zum 01.07.2015 in Kraft und ersetzt den bisherigen Vertrag vom 06.11.2013.
- (2) Die Kündigungsfrist dieses Vertrages beträgt drei Monate zum Jahresende, die Kündigung ist frühestens zum 31.12.2016 möglich.
- (3) Im Falle einer Änderung der für diesen Vertrag maßgebenden rechtlichen Rahmenbedingungen werden sich die Vertragspartner kurzfristig über eine mögliche Fortführung bzw. Änderung dieses Vertrages verständigen.

Düsseldorf, Hamburg den 18.05.2015

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur. Bernhard Brautmeier
Vorstandsvorsitzender Stellvertretender Vorsitzender


HEK – Hanseatische Krankenkasse

Jens Luther
Vorstand

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 – Teilnahmeerklärung Versicherter und Information zum Datenschutz
Anlage 2 – Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

Anlage 1 Teilnahmeerklärung Versicherter und Information zum Datenschutz

Krankenkasse bzw. Kostenträger			 HANSEATISCHE KRANKENKASSE Teilnahmeerklärung des Versicherten und Einverständnis zur Datenverarbeitung
Name, Vorname des Versicherten			
		geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Erklärung zur Teilnahme

Durch die Teilnahme an diesem Vertrag habe ich das Recht, alle zwei Jahre über meine Krankenversichertenkarte/elektronische Gesundheitskarte eine prophylaktische Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bei einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen in Anspruch zu nehmen.

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter www.kvno.de

Amtliche Bekanntmachungen

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der HEK versichert bin.

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über den Leistungsumfang dieses Vertrages ausführlich informiert. Eine Patienteninformation zum Vertrag „Hautkrebsvorsorgeuntersuchung“ wurde mir ausgehändigt.

Mir ist bekannt, dass ich mich verpflichte nur die nach diesem Vertrag zur Durchführung der Hautkrebsvorsorgeverfahren berechtigten Fachärzte aufzusuchen und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit der ich mich für mindestens ein Jahr an diesen Vertrag binde.

Das Ende der Versicherung bei der HEK beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus kann ich frühestens mit einer Frist von 4 Wochen vor Ablauf des ersten Teilnahmejahres meine Teilnahme schriftlich gegenüber der HEK kündigen. Die Teilnahme endet auch mit der Beendigung des Vertrages.

Ich erkläre hiermit die Teilnahme an dem Vertrag nach § 73c SGB V zum „Hautkrebsvorsorgeverfahren“.

Belehrung über Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, die Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen nach Abgabe zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrer Kasse zu erklären. Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung.

Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

HEK – Hanseatische Krankenkasse, Wandsbecker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg. Im Fall meines Widerrufs der Teilnahmeerklärung trägt die HEK für bereits erbrachte ärztliche Leistungen nach diesem Vertrag die entstandenen Kosten.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 73c SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige mein Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift

Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten Patienteninformation entnommen.

Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der Patienteninformation erläuterten Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Meine Ärztin bzw. mein Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter www.kvno.de

Meine Ärztin bzw. mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein an die HEK zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die HEK darf meiner Ärztin bzw. meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung „Hautkrebsvorsorgeverfahren“ ausgesprochen wird.

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die HEK veranlasst worden, darf die Krankenkasse medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag annehmen und an den prüfenden Arzt weiterleiten.

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung ein.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in
für die Einverständniserklärung zum Datenschutz

Patienteninformation zur Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

„Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahren“ im Rahmen einer vertragsärztlichen Versorgung

Hautkrebs zählt zu den Krebsarten, bei denen bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt nimmt an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teil und informiert Sie ausführlich über den Leistungsumfang dieses Vertrages.

Die Leistungen

Im Rahmen des Vertrages über die Durchführung der Hautkrebsvorsorgeuntersuchung haben die teilnahmeberechtigten Versicherten Anspruch auf folgende Leistungen:

- a. Anamnese,
- b. eine visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines und ggf. eine Auflichtmikroskopie,
- c. die erstmalige Hauttypbestimmung,
- d. Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- e. die vollständige Dokumentation,
- f. Beratung über weitergehende Maßnahmen.

Ihre Teilnahme

Teilnehmen können alle Patientinnen und Patienten ab dem Alter von 18 Jahren bis (einschließlich) zum Alter von 34 Jahren, die bei der HEK versichert sind.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie erklären Ihre Teilnahme an dem Vertrag durch Unterzeichnen der Teilnahmeerklärung. Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt überlässt Ihnen eine Kopie der Erklärung. Sie können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der HEK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Wird die Teilnahme abgelehnt (z.B. ungeklärter Versichertenstatus, kein Leistungsanspruch gegenüber der HEK) erhält Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt eine Mitteilung durch die HEK.

Ihre Teilnahme endet automatisch

- mit Erreichen der nach § 2 Abs. 1 genannten Altersgrenze,
- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der HEK,
- mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- mit dem Widerruf Ihrer Einwilligungserklärung in die Datenverwendung,
- mit der Beendigung dieses Vertrages.

Ihre Teilnahme endet dagegen nicht automatisch, wenn

- die Ärztin bzw. der Arzt nicht mehr an dem Selektivvertrag teilnimmt,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

In diesen besonderen Fällen können Sie aus dem Selektivvertrag entlassen werden. Hierzu wenden Sie sich bitte an die HEK.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung

Eine neue gesetzliche Regelung (§ 295 a SGB V) sieht vor, dass alle Patientinnen und Patienten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, genau über die Datenverarbeitung informiert werden müssen. Deshalb lesen Sie bitte diese Patienteninformation sorgfältig durch.

Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahmeerklärung wird durch die Hautarztpraxis an die HEK übersandt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Ihre Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr.), Daten zu Ihrer gewählten Ärztin bzw. Ihrem gewählten Arzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Selektivvertrag teilnehmen. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung (ohne Angabe von Gründen) oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung mitgeteilt.

Abrechnung

Damit Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt eine Vergütung für die Leistungen erhält, muss sie bzw. er eine Abrechnung maschinell wertbar auf Datenträger erstellen.

Die HEK hat den/die teilnehmenden Leistungserbringer umfassend vertraglich zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Im Rahmen der Abrechnung übermittelt Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt gem. § 295 Abs. 1 SGB V Ihre Daten über die Kassenärztliche Vereinigung an die HEK. Dort werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für sie dokumentierten Leistungen, Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Gemäß § 295a Abs. 1 SGB V ist dieser Abrechnungsweg nur zulässig, soweit Sie in die damit verbundene Datenübermittlung eingewilligt haben. Die Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung.

Verarbeitung und Nutzung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der HEK

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die Krankenkasse für den Selektivvertrag sowie für die Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen geregelt. Für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist es erforderlich, dass Sie zusätzlich eine Einwilligungserklärung für die nicht gesetzlich geregelte Datenverwendung bei der HEK abgeben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung endet automatisch bzw. ist dann aber nicht mehr möglich.

Prüfung durch den MDK

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die HEK veranlasst worden, z. B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer Einweisung in ein Krankenhaus, ist die Krankenkasse dazu befugt medizinische Unterlagen von der Praxis in einem verschlossenen Umschlag anzunehmen und an den prüfenden Arzt weiterzuleiten. Der Arzt des MDK ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung.

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Selektivvertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung müssen diese Daten gelöscht werden.

Anlage 2

Teilnahmeantrag des Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Dermatologen zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der HEK - Hanseatische Krankenkasse

Für Ärzte der Bezirksstelle Düsseldorf:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Düsseldorf
-Abteilung Qualitätssicherung-
40182 Düsseldorf
Fax: 0211 5970-8574

Für Ärzte der Bezirksstelle Köln:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln
-Abteilung Qualitätssicherung-
50668 Köln
Fax: 0221 7763-6550

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
E-Mail:		
Angestellter Arzt:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o.g. Vertrag.

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich Anlagen bekannt und ich werde diese einhalten.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und ggfs. Internetadresse an die HEK sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)