

Vertrag

über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage des § 140 a SGBV

zwischen der

DAK-Gesundheit

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Graf-Adolf-Str. 89, 40210 Düsseldorf

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover

- nachfolgend „KRANKENKASSE“ genannt -

und der

Ärztegenossenschaft Nord eG

Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad Segeberg

- nachfolgend „äg Nord“ genannt -

in Kooperation mit:



Landesverband Praxisnetze Nordrhein-Westfalen e.V.

Am Stadtgarten 3, 44575 Castrop-Rauxel

- nachfolgend „LPNRW“ genannt -

Vertragsnummer: 121382DA021

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1	Ziel und Gegenstand des Vertrages
§ 2	Teilnahme der Versicherten
§ 3	Teilnahme des Arztes
§ 4	Aufgaben des teilnehmenden Arztes
§ 5	Aufgaben der äg Nord
§ 6	Aufgaben der KRANKENKASSE
§ 7	Aufgaben der LPNRW
§ 8	Grundsätze der Abrechnung
§ 9	Abrechnung zwischen dem Arzt und der äg Nord
§ 10	Abrechnung zwischen der äg Nord und der KRANKENKASSE
§ 11	Vergütung
§ 12	Maßnahmen bei Vertragsverletzungen
§ 13	Beitritt von Krankenkassen
§ 14	Datenschutz
§ 15	Salvatorische Klausel
§ 16	Inkrafttreten und Kündigung

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“
Anlage 2	Versorgungsfeld „Nephrologische Komplikationen“
Anlage 3	Teilnahmeerklärung des Arztes
Anlage 4	Versicherteninformation
Anlage 5	Teilnahme- und Einverständniserklärung der Versicherten
Anlage 6	Datenschutzmerkblatt
Anlage 7	Abrechnung und Vergütung
Anlage 7a	Abrechnungsbogen Arzt – äg Nord
Anlage 8	Technische Anlage
Anlage 9	Beitrittserklärung Krankenkasse
Anlage 10	Prozessablaufdiagramm, Übersicht

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen des Geschlechts weiblich, männlich und divers gleichermaßen. Im Folgenden wird einheitlich der Begriff „Arzt“ verwendet.

Präambel

Das epidemiologische Bulletin 5/2015 des Robert-Koch-Institutes trifft hinsichtlich der Prävalenz der Hypertonie u. a. folgende Aussagen:

Fast jeder dritte Erwachsene ist betroffen, das sind rund 20 Millionen 18- bis 79-Jährige. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen haben sogar drei von vier Erwachsenen eine Hypertonie. Erhöhter Blutdruck hatte nach Schätzungen der Global Burden of Disease-Studie 2010 den zweithöchsten Anteil an der gesamten Krankheitslast in Deutschland: Erhöhter Blutdruck erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (in erster Linie Schlaganfälle, koronare Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz), aber auch für chronische Niereninsuffizienz und Demenz. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass erhöhter Blutdruck 2010 zur größten globalen Gesundheitsgefahr aufgerückt ist.

Es ist davon auszugehen, dass schwerwiegende Komplikationen der hypertensiven Erkrankungen zu einem großen Teil vermeidbar sind. Prävention und Behandlung erfordern einen umfassenden interdisziplinären Ansatz und die aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten.

Mithilfe dieses Vertrages soll eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Gefäßerkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit einer Hypertonie behoben werden. Hierdurch soll langfristig ein hohes Maß an Lebensqualität erhalten werden sowie die mit schwerwiegenden Krankheitsverläufen stets einhergehenden Kosten deutlich gesenkt werden.

§ 1

Ziel und Gegenstand des Vertrages

Das Ziel dieses Vertrages besteht darin, durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern. Damit soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange vermieden und gleichzeitig eine Reduktion hinsichtlich der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.

Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Screeningprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.

Dieser Vertrag regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Versorgungsfelder „Vaskuläre Komplikationen“ (Anlage 1) und „Nephrologische Komplikationen“ (Anlage 2).

Die Umsetzung dieses Vertrages erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.

§ 2 Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der KRANKENKASSE, die sich aufgrund ihrer Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsfeldern nach den Anlagen 1 und 2 beschriebenen spezifischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- (2) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einverständniserklärung (Anlage 5). Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt wurde und die Versicherteninformation (Anlage 4) und das Datenschutzmerkblatt (Anlage 6) erhalten hat.
- (3) Das Original der Teilnahmeerklärung wird durch den teilnehmenden Arzt innerhalb einer Woche nach Unterzeichnung an die äg Nord übersandt. Die KRANKENKASSE und die äg Nord verständigen sich über die Art und das Format der Weiterleitung der Versichertenteilnahmeerklärung (Anlage 8). Eine Kopie der Teilnahmeerklärung erhält der Patient.
- (4) Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der KRANKENKASSE ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KRANKENKASSE.
- (5) Im Falle eines fristgerechten Widerrufs der Teilnahme durch den Versicherten, werden die vom teilnehmenden Arzt bis zur Wirksamkeit des Widerrufs erbrachten Leistungen gemäß des Vertrages von der KRANKENKASSE vergütet.
- (6) Mit seiner Unterschrift bindet sich der teilnehmende Versicherte für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Der Versicherte kann seine Teilnahme jeweils spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der KRANKENKASSE kündigen. Sofern die Teilnahme nicht innerhalb dieser Frist gekündigt wird, verlängert sich die Teilnahme automatisch um jeweils ein Jahr. Der teilnehmende Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber der KRANKENKASSE außerordentlich kündigen, sofern konkret zu benennende Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung) vorliegen.
- (7) Sofern der teilnehmende Versicherte gegen die vertraglich vereinbarten Pflichten verstößt, kann die KRANKENKASSE diesen Versicherten von der weiteren Teilnahme an diesem Vertrag ausschließen.
- (8) Die KRANKENKASSE informiert den teilnehmenden Arzt und die äg Nord zeitnah über Teilnahmebeendigungen und Widerrufe. Über die Art und das Format dieser Informationsübermittlung an die äg Nord stimmen sich die Vertragspartner ab (Anlage 8).
- (9) Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus
 - a) mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzung nach Absatz 1,

- b) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehendem Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- c) mit dem Ende dieses Vertrages.

§ 3 Teilnahme des Arztes

- (1) Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig. An diesem Vertrag können alle im Bereich der äg Nord nach § 73 Abs. 1 a SGB V zugelassene, angestellte und ermächtigte Ärzte teilnehmen, die die Voraussetzungen nach Abs. 3 erfüllen.
- (2) Die Teilnahme ist schriftlich bei der äg Nord (Anlage 3) zu beantragen.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
 - a. Der Arzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten (GKV) mit Hypertonie pro Quartal.
 - b. Der Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung und Genehmigung.
 - c. Der Arzt macht sich durch regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungsmethoden dieses Vertrages derart vertraut, dass er sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann.
- (4) Die äg Nord überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die äg Nord dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.
- (5) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmestatus, die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen seiner Vertragsarztzulassung sowie seiner gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten unaufgefordert und unverzüglich der äg Nord mitzuteilen.
- (6) Der teilnehmende Arzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der äg Nord mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.
- (7) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit
 - dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - der Feststellung der äg Nord, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
 - dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages gem. § 11,
 - dem Ende dieses Vertrages.

§ 4 Aufgaben des teilnehmenden Arztes

- (1) Der Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß der Anlagen 1 und 2 beschriebenen Leistungen hin.
- (2) Der Arzt berät den Versicherten umfassend über diese besondere Versorgung und übermittelt die Teilnahmeerklärung (Anlage 5) gemäß § 2 Abs. 3.
- (3) Die jeweiligen Screeningprogramme können bei teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, sofern dem teilnehmenden Arzt die in den Anlagen 1 und 2 beschriebenen Diagnosen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt gewesen sind. Die Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurden. Eine Wiederholung der Screeningprogramme ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.

§ 5 Aufgaben der äg Nord

- (1) Die äg Nord informiert Ärzte in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages.
- (2) Die äg Nord erstellt und führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte. Dieses sendet die äg Nord regelmäßig an die KRANKENKASSE.
- (3) Die äg Nord erstellt ein Verzeichnis der teilnehmenden Versicherten und stellt dieses der KRANKENKASSE entsprechend der Technischen Anlage (Anlage 8) zur Verfügung.

§ 6 Aufgaben der KRANKENKASSE

- (1) Die KRANKENKASSE informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt dieses besonderen Versorgungsvertrages.
- (2) Die KRANKENKASSE prüft die Teilnahmeberechtigungen der Versicherten und übersendet der äg Nord das Teilnahmeverzeichnis gem. der Technischen Anlage (Anlage 8).

§ 7 Aufgaben des LPNRW

Der LPNRW informiert seine Mitglieder bzw. interessierte Ärzte mittels der ihnen zur Verfügung stehenden Medien (Homepage, Publikationen etc.) und im Rahmen von Veranstaltungen über die Vertragsinhalte und die Möglichkeit der Teilnahme an diesem Vertrag

§ 8 Grundsätze der Abrechnung

- (1) Vergütungsfähig sind die Leistungen nach diesem Vertrag, die auf Grundlage nach § 295 Abs. 1b SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte in der jeweils geltenden Fassung dokumentiert und übermittelt werden. Die Dokumentation und Übermittlung der entsprechenden gesicherten Diagnosen ist maßgeblich und Voraussetzung für die Abrechnungsprüfung der Vergütungen nach diesem Vertrag.
- (2) Die im Rahmen des Datenaustauschverfahrens zu übermittelnden Diagnosen sind vollständig, spezifisch und kontinuierlich zu dokumentieren. Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereiches anzugeben.
- (3) Es sind alle Indikationen zu erfassen, für die im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.
- (4) Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben. Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) entsprechend der aktuellen ICD-10-GM angegeben.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass im Falle von Änderungen des ICD-10-GM umgehend dieser Vertrag einvernehmlich angepasst wird.

§ 9 Abrechnung zwischen dem Arzt und der äg Nord

- (1) Die Abrechnung des Arztes erfolgt gegenüber der äg Nord gemäß Anlage 7a.
- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in der Anlage 7 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Entgeltschlüsseln und Vergütungsbeträgen.

- (3) Der Arzt erhält im Rahmen der Honorarabrechnung dieses Selektivvertrages einen gesonderten Auszahlungsnachweis über die vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag
- (4) Der Arzt erhält im Rahmen der Abrechnung einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
- (5) Die äg Nord stellt durch die Abrechnungsprüfung eine vertragskonforme Abwicklung sicher. Die Abrechnungsprüfung beinhaltet u. a. die Teilnahme des Arztes sowie die Teilnahme des Patienten unter Berücksichtigung der jeweiligen Patiententeilnahmevoraussetzungen.
- (6) Die äg Nord erhebt vom Arzt für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag Verwaltungskosten.

§ 10

Abrechnung zwischen der äg Nord und der KRANKENKASSE

- (1) Für die Rechnungslegung der ambulant ärztlichen Leistungen aus diesem Vertrag gelten die Bestimmungen des § 295 Abs. 1b Satz 2 SGB V in Verbindung mit der jeweils gültigen Technischen Anlage zu den diesbezüglichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes.
- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in Anlage 7 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Entgeltschlüsseln und Vergütungsbeträgen.
- (3) Die äg Nord prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Die Abrechnung der Vergütung von Leistungen aus diesem Vertrag durch die äg Nord gegenüber der KRANKENKASSE erfolgt fortlaufend.
- (4) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Abrechnungsunterlagen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
- (5) Die KRANKENKASSE behält sich vor, die abgerechneten Leistungen zu überprüfen. Das Prüfrecht der KRANKENKASSE umfasst sowohl die Abrechnungs- als auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- (6) Eine Rechnungsstellung gegenüber der Versicherten über Leistungen aus diesem Vertrag ist ausgeschlossen.

§ 11 Vergütung

- (1) Die Vergütungen der in diesem Vertrag genannten Leistungen erfolgt durch die KRANKENKASSE außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (2) Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die in Anlagen 1 und 2 vertraglich vereinbarten Leistungen nicht der Regelversorgung unterliegen.

§ 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

- (1) 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, folgende Maßnahmen ergreifen:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Leistungen und/oder
 - Widerruf der Teilnahme- und der Abrechnungsgenehmigung.
- (2) Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der KRANKENKASSE möglich.

§ 13 Beitritt von Krankenkassen

Der Beitritt von Krankenkassen ist frühestens zum 30.06.2020 möglich. Der Beitritt ist den Vertragspartnern schriftlich (Anlage 9) anzuzeigen. Der Beitritt beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner, frühestens jedoch zum 1. des Folgequartals. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweiligen gültigen Fassung akzeptiert.

§ 14 Datenschutz

- (1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach dem SGB und zum Schutz personenbezogener Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie ggf. ergänzend das Bundesdatenschutzgesetz n. F. einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen.
- (2) Die Vertragsparteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des

Daten- und Sozialgeheimnis und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

- (3) Die Vertragsparteien sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen.
- (4) Der Vertragspartner verpflichtet sich, im Rahmen der Information des Versicherten (Patienten) über die besondere Versorgung diesen gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten aufzuklären. Der behandelnde Leistungserbringer verpflichtet sich darüber hinaus aus der gemeinsamen Dokumentation die den Versicherten (Patienten) betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abzurufen, wenn der Versicherte (Patient) ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall erforderlich ist und genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (5) Soweit der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt, hat er sicherzustellen, dass die in §§ 295a Absatz 2 Satz 2, 295a Absatz 1 Satz 2 SGB V und Artikel 28 DSGVO genannten Voraussetzungen erfüllt werden.
- (6) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung oder der Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation medizinischer Daten durch einen Versicherten (Patienten) werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten (Patienten) gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.
- (7) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten (Patienten) nicht zulassen.
- (8) Sollte der Vertragspartner diesen Vertrag auch im Namen seiner Mitglieder/Partner abschließen oder einer dieser Mitglieder/Partner diesem Vertrag beitreten oder bedient sich der Vertragspartner eines Dritten, so stellt er sicher, dass diese die oben aufgeführten datenschutzrechtlichen Vorgaben gleichermaßen einhalten.
- (9) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

§ 15 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. In diesem Falle verpflichteten sich die Vertragsparteien, eine neue Regelung zu treffen, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2020 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende durch schriftliche Erklärung gegenüber den anderen Vertragsparteien von jeder anderen Vertragspartei separat gekündigt werden. Frühestmöglicher Kündigungstermin ist der 31.12.2020.
- (3) Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung ist gegeben, wenn
 - a. ein wichtiger Grund, insbesondere ein Vertragsverstoß, vorliegt
 - b. aufgrund aufsichtsrechtlicher Bedenken oder einer Anweisung der zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr möglich ist.
- (4) Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen der Anlagen bedürfen keiner Vertragskündigung. Der Vertrag bleibt durch Änderung seiner Anlagen unberührt. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Düsseldorf, Hannover, Bad Segeberg, den

Ärztegenossenschaft Nord eG
Vorstand

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

.....
Dr. Klaus Bittmann

.....
Klaus Overdiek
Leiter der Landesvertretung

Ärztegenossenschaft Nord eG
Vorstand

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

.....
Dr. Svante Gehring

.....
Corinna Beutel
Bereichsleitung

Kooperationspartnerschaft:

Landesverband Praxisnetze Nordrhein-Westfalen e.V.
Vorstand, 1. Vorsitzender LPNRW

.....
Frank Westerhaus

Anlage 1

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) bei Hypertonie

Screening zur Früherkennung einer PAVK

1. Das Screening zur Früherkennung einer PAVK soll bei Versicherten durchgeführt werden, die die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:
 - Teilnahme am Vertrag „Begleiterkrankungen der Hypertonie“
 - Vollendung des 50. Lebensjahres zum Zeitpunkt des Screenings
 - gesicherte Hypertoniediagnose (I10.- bis I13.-)
 - keine bekannte PAVK (I70.2-)*
 - kein bekannter Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-)*
2. Zum Untersuchungsprogramm gehören eine ausführliche Anamnese, die seitenvergleichende Palpation, die Auskultation der Extremitätenarterien sowie der Ratschow-Test. Es erfolgt eine Messung der arteriellen Verschlussdrucke der A. dorsalis pedis und der A. tibialis posterior und gegebenenfalls der A. fibularis am liegenden Patienten mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI) durch Verwendung eines sogenannten Taschendopplers. Die Untersuchung erfolgt analog zu den „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK)“. Ein Wert von $< 0,9$ gilt demnach als beweisend für das Vorliegen einer PAVK. In der Folge soll eine - auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil - Optimierung der antihypertensiven Therapie erfolgen. Mit dem Patienten sollen Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart werden. Als wichtige Ziele sollten vereinbart werden: Gewichtsreduktion bei Übergewicht sowie die Nikotinkarenz bei Rauchern. Der Patient soll zu regelmäßigem Gehtraining – idealerweise in der Form von strukturierten Programmen – motiviert werden.
3. Eine Wiederholung des Screenings ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.

Erläuterungen

*Eine PAVK bzw. ein Diabetes mellitus gilt als bekannt, wenn die jeweilige Erkrankung bereits im laufenden oder in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurde.

Krankheitsorientiertes intensives Gespräch (Weiterbetreuungsprogramm)

Der Arzt führt mit den Patienten, bei denen im Screening eine PAVK diagnostiziert wurde, ein besonders ausführliches Gespräch unter dem bedarfsgerechten Einsatz geeigneter Untersuchungsmöglichkeiten. Dies hat das Ziel die individuelle Situation des Patienten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Das Gespräch findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung. Dabei bezieht er den Patienten in den Behandlungsprozess ein, um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen.
- Der Arzt bespricht mit dem Patienten erforderliche Lebensstiländerungen und setzt in diesem Kontext mit dem Patienten auch Schwerpunkte.
- Der Arzt berät und prüft umfassend die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Arzneimitteltherapie(n). Hierzu verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie(n). Er erfragt gezielt spezifische Nebenwirkungen beim Patienten, um auch Nebenwirkungen, die als solche vom Patienten nicht erkannt werden, aufzudecken. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte, sowie evtl. Selbstmedikationen des Patienten.

Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer PAVK erfolgen. Das krankheitsorientierte Gespräch kann in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit maximal zweimal jährlich in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt werden. Im selben Kalenderjahr kann das krankheitsorientierte Gespräch nur einmal neben dem Screening zur Früherkennung einer PAVK abgerechnet werden, wenn das Screening bereits in einem der vorherigen Quartale erbracht wurde.

Anlage 2

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie

Screening zur Früherkennung einer chronischen Nierenkrankheit

- Das Screening zur Früherkennung einer chronischen Nierenkrankheit soll bei Versicherten durchgeführt werden, die die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:
 - Teilnahme am Vertrag „Begleiterkrankungen der Hypertonie“
 - gesicherte Hypertoniediagnose (I10.- bis I13.-)
 - keine bekannte chronische Nierenkrankheit (N18, N19, I12.0*, I13.1*, I13.2*, Z49.0-2, Z99.2)**
 - kein bekannter Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-)**
- Der Arzt führt ein Screening zur Früherkennung einer chronischen Nierenkrankheit durch. Im ersten Morgenurin soll eine Bestimmung mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen erfolgen, der gleichzeitig die Kreatininmenge ermittelt, so dass dort der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann. Aufgrund der Variabilität der Albuminausscheidung sollte der Albumin/Kreatinin-Quotient im ersten Morgenurin mindestens zwei Mal bestimmt werden. Wenn zwei Urinproben hintereinander positiv sind, ist eine Albuminurie bewiesen. Wenn zwei Urinproben negativ sind, ist eine Albuminurie ausgeschlossen. Sofern eine der Urinproben negativ und eine positiv ist, sollte der Test auf Albuminurie in einer dritten Urinprobe erfolgen. Die Abschätzung der glomerulären Funktion soll mithilfe der Cockcroft-Gault- oder MDRD-Formel durchgeführt werden. Die Prognoseabschätzung erfolgt gemäß der internationalen Leitlinie für die chronische Nierenkrankheit.

Chronische Nierenkrankheit				Albuminurie Kategorien		
				A1	A2	A3
Kategorien der glomerulären Filtrationsrate (GFR) und der Albuminausscheidung				Normal bis leicht erhöht	Moderat erhöht	Stark erhöht
Kidney Diseases - Improving Global Outcomes (KDIGO 2012)				<30 mg/g	30–300 mg/g	>300 mg/g
GFR-Kategorien (ml/min/1,73 m ²)	G1	Normal oder hoch	≥90	55,6	1,9	0,4
	G2	Mild eingeschränkt	60–89	32,9	2,2	0,3
	G3a	Mild bis moderat eingeschränkt	45–59	3,6	0,8	0,2
	G3b	Moderat bis schwer eingeschränkt	30–44	1,0	0,4	0,2
	G4	Schwer eingeschränkt	15–29	0,2	0,1	0,1
	G5	Nierenversagen	<15	0,0	0,0	0,1

Grün: Niedriges Risiko; wenn keine zusätzlichen krankheitsrelevanten Auffälligkeiten in Struktur oder Funktion der Nieren vorliegen, besteht kein Anhalt für das Vorliegen einer chronischen Nierenkrankheit.

Gelb: Moderat erhöhtes Risiko.

Orange: Hohes Risiko.

Rot: Sehr hohes Risiko.

- Eine Wiederholung des Screenings ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.

Erläuterungen

**Eine chronische Nierenkrankheit bzw. ein Diabetes mellitus gilt als bekannt, wenn die jeweilige Erkrankung bereits im laufenden oder in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurde.

Krankheitsorientiertes intensives Gespräch (Weiterbetreuungsprogramm)

Der Arzt führt mit den Patienten, bei denen im Screening eine chronische Nierenkrankheit diagnostiziert wurde, ein besonders ausführliches Gespräch unter dem bedarfsgerechten Einsatz geeigneter Untersuchungsmöglichkeiten. Dies hat das Ziel die individuelle Situation des Patienten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Das Gespräch findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung. Dabei bezieht er den Patienten in den Behandlungsprozess ein, um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen.
- Der Arzt bespricht mit dem Patienten erforderliche Lebensstiländerungen und klärt über präventive Maßnahmen auf.
- Der Arzt berät und prüft umfassend die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Arzneimitteltherapie(n). Hierzu verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie(n). Er erfragt gezielt spezifische Nebenwirkungen beim Patienten, um auch Nebenwirkungen, die als solche vom Patienten nicht erkannt werden, aufzudecken. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte, sowie evtl. Selbstmedikationen des Patienten.

Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer chronischen Nierenkrankheit erfolgen.

Das krankheitsorientierte Gespräch kann in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit maximal zweimal jährlich in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt werden. Im selben Kalenderjahr kann das krankheitsorientierte Gespräch nur einmal neben dem Screening zur Früherkennung einer chronischen Nierenkrankheit abgerechnet werden, wenn das Screening bereits in einem der vorherigen Quartale erbracht wurde.

Anlage 3 - Antrag auf Teilnahme des Arztes

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von **Begleiterkrankungen der Hypertonie** in Nordrhein; § 140a SGB V zwischen der Ärztegenossenschaft Nord eG, der DAK-Gesundheit und der KKH

Ärztegenossenschaft Nord eG
z. Hd. Team Abrechnung
Bahnhofstr. 1-3
23795 Bad Segeberg

Faxnummer: 04551 – 9999 19

Wichtig:
Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für mich:

Name		
	LANR	BSNR
Anschrift		
Telefon		
Bankverbindung	IBAN	
	Name der Bank	
Ggf.: für meinen angestellten Arzt: (Name / LANR/ BSNR)		
Ansprechpartner/in in Praxis (MFA)		

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

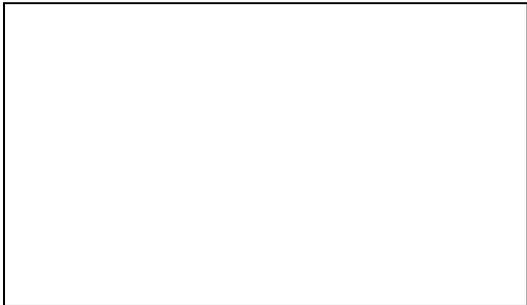
- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfülle.
- einer Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf der Homepage sowie der jeweiligen Krankenkasse einverstanden bin

Die Teilnahmeerklärung gilt auch für neu dieser Vereinbarung beitretende Krankenkassen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes



Vertragsarztstempel

„Besondere Versorgung (BesV)“

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der **Hypertonie in Nordrhein**

Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

Als Folge der Hypertonie können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen. Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen. Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der

- Gefäßschädigungen (Angiopathie)
- Nierenschäden (Nephropathie)

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage Ihrer Krankenkasse unter <http://www.kkh.de/frueherkennung-hypertonie> oder www.dak.de/121382DA021 nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei Ihrer Krankenkasse anfordern.

Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn Ihre Krankenkasse Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

Sie können Ihre Teilnahme außerdem jederzeit außerordentlich kündigen, sofern z.B. einer der folgenden wichtigen Gründe vorliegt:

- Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden,
- Ihr Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt ist gestört
- Sie können Ihren Arzt aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an den Arzt gebunden. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich nicht an diese Bindung halten. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Ärzten, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, können Sie mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen. Die Bindung an den Arzt gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen oder durch Ihren behandelnden Arzt an einen anderen Arzt überwiesen werden. Für Ihre sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, können Sie Ärzte frei wählen.

Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie Ihre Teilnahme nicht mit einer Frist von vier Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift kündigen.

Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Den Umgang mit Ihren Daten nehmen wir sehr ernst, daher haben wir alle Informationen zum Thema Datenschutz im Datenschutzmerkblatt für Sie näher erläutert.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

Vertrag nach § 140a SGB V

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung
von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Nordrhein

Vertragskennzeichen:

121382DA021

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

Ärztegenossenschaft Nord eG, Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad
Segeberg

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über den daran beteiligten Arzt informiert. Mit der Behandlung durch den beteiligten Arzt bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an den beteiligten Arzt gebunden. In dem Informationsblatt zum Angebot werden das Behandlungsende und die regulären Kündigungsmöglichkeiten näher erläutert. Ich bin mit dem Inhalt der Versicherteninformation und dem Informationsblatt zum Angebot einverstanden.

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterschrift ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich im Datenschutzmerkblatt.

Eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

2. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten

Ich habe mit der Versicherteninformation schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert und verarbeitet werden und dass die Einwilligung freiwillig ist. **Ich habe die Information zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung ein.**

„Besondere Versorgung (BesV)“

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung
von **Begleiterkrankungen der Hypertonie in Nordrhein**

Datenschutzmerkblatt

Umgang mit Ihren Daten

Für die Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass von allen am Vertrag Beteiligten unterschiedliche Daten von Ihnen verarbeitet werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahme- und Vertragsdaten (Teilnahmebeginn, Vertragsname, Vertragskennzeichen) sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD-10).

Die Verarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, wenn Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Bitte beachten Sie für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme der an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

Datenverarbeitung zur medizinischen Dokumentation/ Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erhebt der Arzt einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Der Arzt unterliegt dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre Krankenkasse hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

Qualitätssicherung

Ihre Krankenkasse möchte, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen Versorgung mit anonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt.

Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Der behandelnde Arzt übermittelt Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und Information zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an Ihre Krankenkasse und an die Ärztegenossenschaft Nord eG. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert. Ihre Krankenkasse und die Ärztegenossenschaft Nord eG tauscht sich mit dem Arzt über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

Austausch von Informationen zum Zwecke der Abrechnung

Ihre für die Abrechnung Ihrer Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenzeichen, Versichertenstatus, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen sowie Diagnosen) werden vom Arzt nach § 295 Abs. 1b SGB an die Krankenkasse übersandt. Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Ärztegenossenschaft Nord eG die korrekte Abrechnung und leitet diese an die Krankenkasse weiter.

Datenverarbeitung der Teilnahmedaten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) verarbeitet. Gemäß Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist neben Ihrer Krankenkasse folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: **Ärztegenossenschaft Nord eG**, Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad Segeberg, datenschutz@aegnord.de.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben gemäß EU-DSGVO jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen (Art. 15 EU-DSGVO) abzurufen und die Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Einschränkung (Art. 18 EU-DSGVO), Übertragung (Art. 20 EU-DSGVO) und Löschung (Art. 17 DS-GVO) zu veranlassen.

Ihre erhobenen und verarbeiteten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung, bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von Ihrer Krankenkasse für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110, 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 6 Jahre nach Teilnahmeende. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden. Eine entgeltliche Löschung dieser erfolgt daher erst nach Ablauf von 10 Jahren. Eine weitere Verarbeitung der Daten in den oben genannten Fällen erfolgt ab dem Zeitpunkt der Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf nicht mehr. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund der vorherigen Einwilligung bis zur Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf wird nicht berührt.

Bitte richten Sie Ihren Widerruf und Ihre Erklärung einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an Ihre zuständige Krankenkasse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover
Fax: 0511 80 684 684
E-Mail an: service@kkh.de

DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
E-Mail: service@dak.de

Ausführliche und stets aktuelle Informationen über Ihre Rechte und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie auf unserer Internetseite Ihrer Krankenkasse unter: www.kkh.de/datenschutz oder www.dak.de/datenschutz. Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, senden wir Ihnen gerne die ausführlichen Informationen per Post zu.

Für die Datenverarbeitung im Rahmen der Versorgung/des Managements/der Organisation der besonderen Versorgung ist die Ärztegenossenschaft Nord eG verantwortlich:

Ärztegenossenschaft Nord eG

Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad Segeberg, daten-schutz@aegnord.de

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Husarenstr. 30, 53117 Bonn oder poststelle@bfdi.bund.de, poststelle@bfdi.de-mail.de.

Bei Fragen zur Datenverarbeitung können Sie sich an die Servicestelle Ihrer Krankenkasse oder an den Datenschutzbeauftragten wenden:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Karl-Wiechert-Allee 61,
30625 Hannover
E-Mail: datenschutz@kkh.de.

DAK Gesundheit
Datenschutzbeauftragter der DAK
Nagelsweg 27 – 31
20097 Hamburg
datenschutz@dak.de

Anlage 7 – Abrechnung und Vergütung

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Nordrhein

Die Abrechnung der „Screeninguntersuchungen“ und der „krankheitsorientierten intensiven Gespräche“ erfolgt immer unter Angabe der Behandlungsdiagnosen mit den in den u. a. Tabellen aufgeführten ICD-10-GM mit Diagnosesicherheit „G“. Die jeweiligen Screeningprogramme können bei teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, sofern dem teilnehmenden Arzt die in den Anlagen 1 und 2 beschriebenen Diagnosen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt gewesen sind. Die Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurden.

Für die Leistungen nach § 4 i. V. m. Anlage 1 und Anlage 2 dieses Vertrages erhält der Arzt nachfolgende Vergütungen:

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Hypertonie (ab Vollendung des 50. Lebensjahres)			
Entgelt-schlüssel	Leistung	Vergütung	Bemerkungen
6120213R	Screening zur Früherkennung einer PAVK	20,00 €	<ul style="list-style-type: none">- kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden- kann im Behandlungsfall nicht neben 6120213S abgerechnet werden- Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine hypertensive Erkrankung (I10,- bis I13,-) vorliegt und bisher keine PAVK (I70.2-) und kein Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-) bekannt sind.
6120213S	Krankheitsorientiertes intensives Gespräch PAVK (Weiterbetreuung)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none">- kann maximal 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden, jedoch nicht im selben Quartal- kann im selben Kalenderjahr nur 1 x neben der 6120213R abgerechnet werden, wenn dieser Entgelt-schlüssel in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde- Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, sofern eine PAVK (I70.2-) durch das Screening (6120213R) diagnostiziert wurde und kein Diabetes mellitus (E10.- bis E14,-) bekannt ist.- Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer PAVK erfolgen.

...

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie			
Entgelt- schlüssel	Leistung	Vergütung	Bemerkungen
6120213T	Screening zur Früherkennung chronischer Nierenkrankheit	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> - kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden - kann im Behandlungsfall nicht neben 6120213U abgerechnet werden - Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine hypertensive Erkrankung (I10,- bis I13,-) vorliegt und bisher keine chronische Nierenkrankheit (N18, N19, I12.0*, I13.2*, Z49.0-2, Z99.2) und kein Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-) bekannt sind.
6120213U	Krankheitsorientiertes intensives Gespräch chronische Nierenkrankheit (Weiterbetreuung)	20,00 €	<ul style="list-style-type: none"> - kann maximal 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden, jedoch nicht im selben Quartal - kann im selben Kalenderjahr nur 1 x neben 6120213T abgerechnet werden, wenn diese SNR in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde - Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine chronische Nierenkrankheit (N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19) durch das Screening (6120213T) diagnostiziert wurde und kein Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-) bekannt ist. - Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer chronischen Nierenkrankheit erfolgen.
6120213V	Teststreifen Mikroalbuminurie	2,00 €	<ul style="list-style-type: none"> - 1x neben der GOP 6120213T abrechenbar

Abrechnung und Vergütung

Ärztegenossenschaft Nord eG
 z. Hd. Team Abrechnung
 Bahnhofstr. 1-3
 23795 Bad Segeberg

Faxnummer: 04551 – 9999 19

Anlage 7a - Abrechnungsbogen

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der **Hypertonie in Nordrhein**

Bitte alle gesicherte(n) Diagnose(n) gemäß ICD-10 angeben: _____

Versorgungsfeld	Datum	Leistung	Vergütung
Versorgungsfeld – vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Hypertonie (ab Vollendung des 50. Lebensjahres)		Screening zur Früherkennung einer PAVK	20,00€
		Krankheitsorientiertes intensives Gespräch PAVK (Weiterbetreuung)	20,00 €
Versorgungsfeld – nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenerkrankung bei Hypertonie		Screening zur Früherkennung chronischer Nierenkrankheit	20,00 €
		Krankheitsorientiertes intensives Gespräch chronische Nierenkrankheit (Weiterbetreuung)	20,00€
		<input type="checkbox"/> Teststreifen	2,00€

Die Honorarauszahlung durch die Ärztegenossenschaft Nord eG erfolgt abzüglich eines Verwaltungskostensatzes von 2,98€ brutto (bzw. 2,50€ netto) pro Abrechnung. Die Abrechnung kann bis zu 12 Monaten nach Leistungserbringung erfolgen.

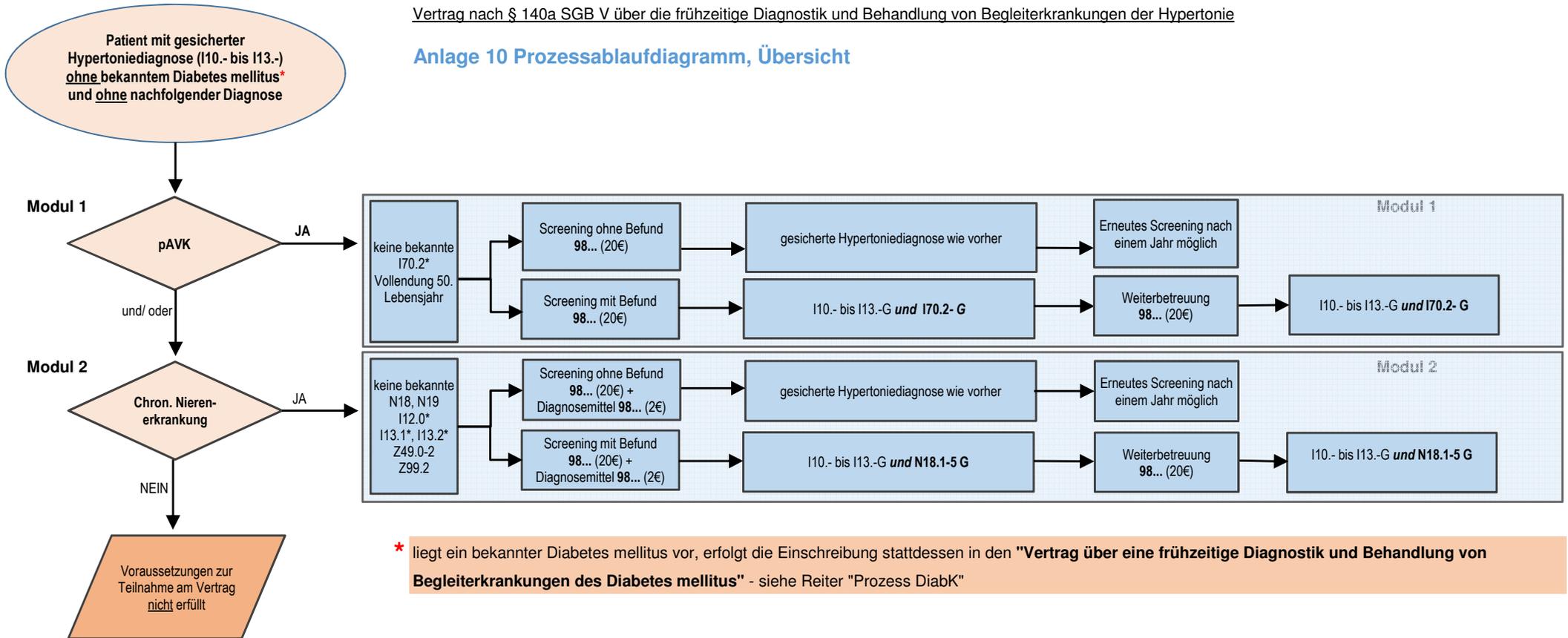
Ort/Datum

 Unterschrift des Arztes

 Vertragsarztstempel

Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Anlage 10 Prozessablaufdiagramm, Übersicht



* liegt ein bekannter Diabetes mellitus vor, erfolgt die Einschreibung stattdessen in den "Vertrag über eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus" - siehe Reiter "Prozess DiabK"