

Anlage 3

Beitrittserklärung der niedergelassenen Ärzte

Die KKH Kaufmännische Krankenkasse, Herr Dr. med. Türpe, Herr Dr. med. Nagel und die apoplex medical technologies GmbH haben einen Integrationsvertrag zur Schlaganfallprävention durch (verbesserte) Identifikation von Patienten mit paroxysmalem Vorhofflimmern geschlossen. Der Vertrag regelt auf der Grundlage der §§ 140 a-d SGB V das Screening auf

Vorhofflimmern sowie die damit verbundene interdisziplinäre Versorgung der Patienten mit positivem Befund. Der Integrationsvertrag dient zum einen der frühzeitigen Erkennung des Vorhofflimmerns bei Versicherten, die aufgrund ihres Alters und ihrer individuellen Risikofaktoren eine entsprechende Disposition aufweisen, zum anderen soll durch rechtzeitige evidenzbasierte Therapie die Versorgungsqualität bei den Patienten, bei denen im Screeningverfahren Vorhofflimmern festgestellt wurde, verbessert werden. Zielsetzung ist die Verhinderung des Schlaganfalls.

Wir - die apoplex medical technologies GmbH, die als Managementgesellschaft i. S. des § 140 b Abs. 1 Nr. 4 SGB V fungiert - bieten Ihnen die Teilnahme an diesem Integrationsvertrag an.

Dem anliegenden Vertrag nebst Nebenabreden und Anlagen, über deren Inhalt Sie auch für den Fall, dass Sie unser Angebot nicht annehmen möchten, gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren haben, können Sie u. a. den Gegenstand und die Zielsetzung des Vertrags, die Teilnahmevoraussetzung des Versicherten, die Teilnahmevoraussetzung der niedergelassenen Ärzte, die Leistungen und den Leistungsumfang, die Vergütung der Integrationsleistungen, die Rechnungs- und Zahlungsregelungen entnehmen.

Sofern Sie in Kenntnis und Anerkennung aller vertraglichen Regelungen, insbesondere der sich daraus für Sie ergebenden Rechte und Pflichten, an dieser integrierten Versorgung teilnehmen möchten, bitten wir Sie, uns dies durch Unterzeichnung und Rücksendung dieses Schreibens an untenstehende Adresse der apoplex medical technologies GmbH mitzuteilen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie gleichzeitig, dass Sie die im Vertrag und seinen Anlagen genannten Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Integrationsversorgung erfüllen. Des Weiteren verpflichten Sie sich, die im Rahmen dieses Integrationsvertrags erbrachten Leistungen, die direkt mit der KKH Kaufmännische Krankenkasse abzurechnen sind, nicht gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Mit der Unterzeichnung nehmen Sie unser Angebot zur Teilnahme an der Integrationsversorgung an. Mit dem Eingang des Schreibens bei der apoplex medical technologies GmbH sind Sie zur Teilnahme an dieser integrierten Versorgung als Vertragsarzt berechtigt; wir weisen jedoch darauf hin, dass die KKH Kaufmännische Krankenkasse berechtigt ist, aus wichtigem Grund die Zustimmung zur Aufnahme von Ärzten in diesen Vertrag sowie den Verbleib abzulehnen. Des Weiteren weisen wir vorsorglich darauf hin, dass dieses Angebot nur in der Ihnen unterbreiteten Form ohne Änderung Ihrerseits angenommen werden kann.

An die
apoplex medical technologies
GmbH
Delaware Ave. 1-3
66953 Pirmasens

VERTRAGSARZT-
STEMPEL

In Anerkennung der sich für mich aus dem Vertrag gemäß §§ 140 a-d SGB V über ein integriertes Versorgungsmodell zum Screening und der anschließenden Therapie von Vorhofflimmern ergebenden Rechte und Pflichten sowie von Inhalt und Zielen des Vertrages beantrage ich die Teilnahme für

Modul Screening

- Hausarzt
- internistischer Hausarzt
- Internist
- Neurologe
- Pneumologe
- Kardiologe

Modul Diagnostik / Therapieeinleitung

- Kardiologe

Name _____

Vorname _____

Fachrichtung _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

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

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse: KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover	
Vertrags-Kennzeichen: 120A12KK001	Vertrags-Nr.: 578

Integrierte Versorgung Teilnahmeerklärung

**Vertrag gemäß § 140a SGB V zur
„Früherkennung von Vorhofflimmern“**

1. Vertragsteilnahme

Hiermit erkläre ich, dass mich meine behandelnde Ärztin oder mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser Integrierten Versorgung informiert hat. Eine Patienteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Ich wurde über Folgendes informiert:

- Die Widerrufsfrist nach Abgabe dieser Erklärung beträgt zwei Wochen. Danach bin ich für die in der Patienteninformation genannte Dauer dieser Integrierten Versorgung an meine Teilnahme gebunden.
- Meine Teilnahme kann ich bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen. Ein wichtiger Grund ist zum Beispiel ein Wohnortwechsel, wenn ich dadurch auch meine Ärztin oder meinen Arzt wechseln muss und keine Ärztin oder kein Arzt vor Ort ist, der an dieser Versorgung teilnimmt.

2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Folgendes informiert wurde:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf dieser Teilnahmeerklärung. Die Teilnahmeerklärung kann ich innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe bei der KKH widerrufen. Meinen Widerruf kann ich in Textform an die KKH senden oder in einer Servicestelle der KKH schriftlich aufnehmen lassen. Gründe für meinen Widerruf muss ich hierfür nicht angeben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht die rechtzeitige Absendung meiner Widerrufserklärung an die KKH.

3. Leistungserbringer

Mir ist Folgendes bekannt:

- Um den Behandlungserfolg zu sichern, darf ich in diesem Versorgungsmodell nur ärztliche Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die an diesem Vertrag teilnehmen. Andere ärztliche Leistungserbringer kann ich für die Versorgung meiner Erkrankung nur auf Überweisung einer Ärztin oder eines Arztes aus diesem Vertrag in Anspruch nehmen.
- Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, kann ich mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen. Eine unberechtigte Inanspruchnahme liegt nicht in Notfällen vor, wenn ich dringend ärztlich behandelt werden muss.

- Für meine sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, kann ich unverändert Ärzte nach meiner freien Wahl in Anspruch nehmen.

4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Ich willige in die erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten ein, so wie in dem beigefügten Datenschutzmerkblatt zu dieser Erklärung dargestellt. Mit den dort beschriebenen Abläufen bin ich einverstanden. Ich weiß, dass die Verwendung der hierfür erforderlichen Daten die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Integrierten Versorgung ist.

Meine Einwilligung zu dieser Verwendung meiner Daten kann ich jederzeit durch formlose Erklärung, z.B. per Telefon, Fax, E-Mail oder Brief, gegenüber der KKH widerrufen. Hierdurch entstehen mir keine Nachteile, sondern ich werde als Versicherte oder Versicherter weiterhin so gut betreut wie zuvor. Lediglich die weitere Teilnahme an diesem Programm ist dann nicht mehr möglich.

5. Patientenbefragung

Um die Qualität dieser Integrierten Versorgung weiter zu verbessern, werden nach Abschluss der Behandlung ggf. Patientenbefragungen durchgeführt. Mir entstehen keinerlei Nachteile, wenn ich nicht an einer Patientenbefragung teilnehmen möchte. Die Teilnahme am Versorgungsangebot ist hiervon unabhängig. Bei der Patientenbefragung schicke ich den Fragebogen ohne die Angabe meines Namens und weiterer persönlicher Daten an die KKH. Die Auswertung erfolgt anonym.

Ja, die KKH darf mir Unterlagen zu einer Patientenbefragung zusenden.

Nein, ich möchte nicht an einer Patientenbefragung teilnehmen.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser Integrierten Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

X _____
Datum

X _____
Unterschrift der Versicherten oder des Versicherten bzw. der gesetzlichen Vertreterin oder des gesetzlichen Vertreters

Vom einschreibenden Leistungserbringer auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

_____ Datum

_____ Unterschrift, Stempel

Datenschutzmerkblatt

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur Integrierten Versorgung „Früherkennung von Vorhofflimmern“

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und mit Ihrer datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung auf dem Formular unter Ziffer 4 stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Im Rahmen der Abrechnung der Versorgung benötigt die KKH die hierfür relevanten personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, wie Ihren Namen, Ihre Versichertennummer und das Einschreibedatum, die Ihre Ärztin oder Ihr Arzt von Ihnen als Teilnehmerin oder Teilnehmer erhebt und über die abrechnende Stelle an die KKH weiterleitet. Mit Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung, die im Rahmen der Abrechnung erforderlich ist, einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird seitens der Ärztin oder des Arztes 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 ärztliche Annahme- und Abrechnungsstelle die korrekte Abrechnung und leitet diese an die KKH weiter. Die bei der KKH eingehenden Daten werden vom Scandienstleister Canon zur KKH internen Verarbeitung aufbereitet und abschließend geschützt aufbewahrt.

Die von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Integrierten Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes.

Die KKH als Ihre Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Zur Durchführung der Versorgung erhält sie die oben beschriebenen Informationen von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt und der ärztlichen Abrechnungsstelle. Vertrauliche medizinische Informationen, die Ihre Ärztin oder Ihr Arzt von Ihnen zu Behandlungszwecken erhebt, werden nicht an die KKH weitergegeben.

Die für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung geltenden gesetzlichen Vorgaben gemäß §§ 140a i. V. m. 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V werden sämtlich eingehalten. Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz wird durch den Datenschutzbeauftragten der KKH (Kontakt: datenschutz@kkh.de) überwacht.

Wenn die Versorgung abgeschlossen ist oder Sie die Beendigung Ihrer Teilnahme erklären oder aus anderen Gründen nicht weiter an der Integrierten Versorgung teilnehmen, werden Ihre Teilnehmerdaten gelöscht, sobald sie nicht mehr für die Vergütung der bis dahin erbrachten Leistungen sowie die Vertragsabwicklung benötigt werden.

Sie haben gegenüber der KKH ein Auskunftsrecht über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten sowie bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung. Zudem haben Sie ein Widerspruchsrecht und das Recht auf Datenübertragbarkeit. Spätestens nach Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung der Versorgung werden Ihre Teilnehmerdaten endgültig gelöscht.

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

Bei Fragen wenden Sie sich jederzeit an Ihre KKH Servicestelle. Wir helfen Ihnen gern weiter.

Patienteninformation zur Integrierten Versorgung über Früherkennung von Vorhofflimmern

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das Angebot zur Früherkennung von Vorhofflimmern im Rahmen der Integrierten Versorgung interessieren. Das Vorhofflimmern ist einer der häufigsten Risikofaktoren für einen Schlaganfall. Mit diesem Angebot möchten Ihre Krankenkasse und die beteiligten Ärztinnen oder Ärzte dazu beitragen, die Qualität der Behandlung zu verbessern. Bei der Behandlung stehen Sie im Mittelpunkt.

Gut vernetzt

Integrierte Gesundheitsversorgung bedeutet, dass alle medizinischen Behandlungsschritte miteinander vernetzt sind und lückenlos aufeinander folgen. Dazu wird die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten gestärkt. Das Resultat: Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte stimmen sich besser untereinander ab. Auf diese Weise erhalten Sie eine abgestimmte und koordinierte Behandlung.

Das Angebot

Das Angebot umfasst eine Untersuchung mittels eines neuen EKG-Verfahrens. Über einen Zeitraum von einer Stunde wird ein EKG bei Ihnen abgeleitet. Anschließend werden die aufgezeichneten Herzströme mit einem speziellen Verfahren ausgewertet. Der Arzt kann dadurch sofort feststellen, ob bei Ihnen in der Vergangenheit schon einmal ein Vorhofflimmern aufgetreten ist – auch wenn das Herz während der Aufzeichnung des EKGs im normalen Rhythmus geschlafen hat.

Die Kosten für die Untersuchung betragen rund 60 Euro und müssen von gesetzlich Krankenversicherten normalerweise selbst getragen werden. Die Untersuchung ist für Sie als KKH Versicherter kostenfrei. Mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

Ihr Vorteil

Für dieses neuartige Verfahren, das vielen Betroffenen helfen kann, vergab die KKH im Jahr 2007 den „Innovationspreis“, mit dem herausragende medizinische Entwicklungen gewürdigt werden.

Das Verfahren wird bereits von vielen Haus- und Fachärzten für Innere Medizin, Kardiologie und Neurologie angeboten.

Sollten Sie unter Vorhofflimmern leiden oder der Verdacht darauf bestehen, werden Sie nach Besprechung des EKG-Ergebnisses an einen Kardiologen zur Weiterbehandlung überwiesen.

Genau dokumentiert - gut informiert

Im Rahmen dieses Programms erheben die Behandler Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern. Alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht und dem gesetzlichen Datenschutz.

Den Umgang mit Ihren Daten nehmen wir sehr ernst, daher haben wir alle Informationen zum Thema Datenschutz auf einem separaten Datenschutzmerkblatt für Sie zusammengefasst.

So können Sie teilnehmen

Wenn Sie dieses Angebot nutzen möchten, unterschreiben Sie bitte die Ihnen ausgehändigte Teilnahmeerklärung.

Die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist **freiwillig**. Sie können Ihre **Teilnahme** ohne Angabe von Gründen **innerhalb von zwei Wochen** nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gegenüber Ihrer Krankenkasse in Textform oder zur Niederschrift **widerrufen**. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Ihre Krankenkasse.

Ihre Teilnahme endet spätestens mit Überweisung an den Kardiologen nach der Besprechung Ihres EKG-Ergebnisses. Sie haben das Recht auf eine außerordentliche Kündigung.

Haben Sie noch Fragen?

Weitere Informationen zu dem Versorgungsangebot und den teilnehmenden Leistungserbringern finden Sie auf der Homepage der KKH unter www.kkh.de/vorhofflimmern. Alternativ können Sie diese Informationen bei einer KKH Servicestelle anfordern. Wir helfen Ihnen gern weiter.

Anlage 12 Rechnung

IGV
"Früherkennung von Vorhofflimmern"

Vertragsnummer 578

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Abt. HV36/IGV
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover

Anschrift des Leistungserbringers

Bankverbindung

IBAN:

Geldinstitut:

Institutionskennzeichen des abrechnenden Arztes	Rechnungs-Nr.	Rechnungsdatum
---	---------------	----------------

Versicherte/r: Versichertennummer der KVK: _____
 Name, Vorname: _____
 Straße: _____
 PLZ/Ort: _____
 Geb. Datum: _____

Abrechnung für die Behandlungstage: _____

Diagnose mit Angabe des ICD 10 Schlüssels: _____

inkl. Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit
 (A = ausgeschlossen, G = gesichert, V = Verdacht,
 Z = (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose)

<u>Durchgeführte Module</u>	<u>Betrag</u>	
<input type="checkbox"/> Modul Screening	58,00 €	<input type="checkbox"/> mit Weiterbehandlung durch Kardiologen
		<input type="checkbox"/> ohne Weiterbehandlung durch Kardiologen
<input type="checkbox"/> Modul Diagnostik	32,50 €	<input type="checkbox"/> mit Therapieeinleitung
		<input type="checkbox"/> ohne Therapieeinleitung
<input type="checkbox"/> Modul Therapieeinleitung	32,50 €	

X Zutreffendes bitte ankreuzen

Name / Unterschrift / Stempel Datum