

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche im Rheinland - Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Ziele, Inhalte und Leistungen des Versorgungsangebotes

Ziel des Versorgungsangebotes ist es, eine besondere qualitativ hochwertige Versorgung durch definierte Qualitätsanforderungen an die Ärzte und durch eine besondere Koordination der Leistungen zu gewährleisten. Versorgungslücken in der hausärztlich-pädiatrischen Versorgung, insbesondere im Bereich der Prävention, werden geschlossen.

Die beteiligten Ärzte sorgen dafür, dass die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen eine auf die persönliche Situation abgestimmte Behandlung erhalten und diese auf den aktuellsten, wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

Die Teilnehmenden können vom 5. Lebensmonat bis zum Alter von 17 Jahren die folgenden Früherkennungsuntersuchungen als Zusatzleistungen zu den normalen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen:

- Amblyopiescreening
Durchführung eines Augenscreenings zur Aufdeckung von Sehstörungen, Brechwertfehlern, Schielen oder Risikofaktoren in der Entwicklung des kindlichen Sehens mittels Visioscreener zwischen dem 5. und 38. Lebensmonat.
- U10 - Grundschulcheck
Mit der Einschulung erobern Kinder eine neue Welt. In der Vorsorgeuntersuchung U10 untersucht der Arzt im Alter von 7 bis 8 Jahren, wie sich die Teilnehmenden in dieser Welt entwickeln. Er achtet auf Lese- und Rechtschreibschwächen, Rechenstörungen, Störungen der motorischen Entwicklung sowie Verhaltensauffälligkeiten.
- U11 - Schulcheck
Eine weitere Vorsorgeuntersuchung während der Schulzeit ermöglicht das frühzeitige Erkennen von Zahn-, Mund- und Kieferanomalien. Zusätzlich werden mögliche neue Probleme bezüglich schulischer Leistungen oder des Sozialverhaltens untersucht. Diese Untersuchung erfolgt für Kinder im Alter von 9 bis 10 Jahren.
- J2 - Jugendcheck
Kurz vor dem Erwachsenwerden können Pubertätsstörungen, Ernährungsprobleme oder Fragen zur körperlichen Entwicklung die Jugendlichen belasten. Zudem werden manche Krankheitsrisiken erkennbar. Bei der Vorsorgeuntersuchung J2 geht der Arzt diesen Punkten systematisch auf den Grund und gibt bei Bedarf auch Informationen zu Sexualität oder Aspekten der Berufswahl. Diese Untersuchung erfolgt im Alter von 16 bis 17 Jahren.

Informationen zur Teilnahme sowie zum Zeitraum

Die Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot sind,

- dass für den Teilnehmer ein gültiger Versicherungsschutz bei der AOK Rheinland/Hamburg besteht.
- dass der Teilnehmer grundsätzlich bereit ist, aktiv am Versorgungsangebot mitzuwirken.
- dass die Teilnahme und Einwilligung schriftlich erklärt wird.
- dass die gleiche Leistung nicht bei einem anderen Leistungserbringer in Anspruch genommen wurde.

Die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist freiwillig und für die Teilnehmenden kostenlos. Auch ohne die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist der behandelnde Arzt weiterhin zur uneingeschränkten Behandlung verpflichtet. Über die Teilnahme des Kindes entscheidet der gesetzliche Vertreter oder der Jugendliche selbst, falls er zum Zeitpunkt der Teilnahme bereits das 15. Lebensjahr vollendet hat.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Soweit der Zeitraum der Teilnahme ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme jährlich automatisch um zwölf Monate und endet spätestens automatisch einen Tag vor dem 18. Geburtstag, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die Teilnahme kann jedoch mit Wirkung zum Quartalsende bei der AOK Rheinland/Hamburg gekündigt werden. Bei einer Kündigung informiert die AOK Rheinland/Hamburg den behandelnden Arzt.

Bei einem Wechsel der Krankenkasse oder des behandelnden Arztes endet die Teilnahme ebenfalls. An dieser Stelle besteht die Mitwirkungspflicht der Teilnehmer darin, den bisher behandelnden Arzt sowie die AOK Rheinland/Hamburg über den Krankenkassen- bzw. Arztwechsel zu informieren. Die Teilnahme endet auch, wenn die Teilnahme der AOK Rheinland/Hamburg oder die des behandelnden Arztes an diesem Vertrag endet.

Beteiligte Stellen

An dem Versorgungsangebot sind neben der AOK Rheinland/Hamburg Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein beteiligt. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein übernimmt für die Ärzte die Organisation und Verhandlung des Versorgungsangebotes mit der AOK Rheinland/Hamburg. Sie ist für die Abrechnung der durch die Ärzte erbrachten Leistungen mit der AOK Rheinland/Hamburg zuständig.

Datenschutz

Welche Daten werden von den Teilnehmern benötigt?

Um die Umsetzung der zuvor beschriebenen Leistungen des Versorgungsangebotes anbieten zu können, ist die nachfolgend beschriebene Datenverarbeitung erforderlich und eine Voraussetzung für die Teilnahme. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften – insbesondere die Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die des Sozialgesetzbuchs (SGB) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.

1. Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den behandelnden Ärzten

Die Dokumentation über die Art und den Umfang der erfolgten Untersuchungen (Amblyopiecreening, U10, U11 und J2) kann in einer elektronischen Patientenakte, die von dem behandelnden Arzt gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Bei Fragen zur Datenverarbeitung können sich die Teilnehmer an den behandelnden Arzt wenden. Die im Rahmen der besonderen Versorgung eingesetzte Dokumentation über die Art der Untersuchung und die Ergebnisse wird ausschließlich durch den behandelnden Arzt verwendet. Sofern aufgrund der Ergebnisse der Untersuchungen weitere Ärzte in die Behandlung eingebunden werden müssen, geschieht dies außerhalb dieses Versorgungsangebotes. In diesem Fall werden die Ergebnisse der Untersuchung dem Teilnehmer ausgehändigt.

Die für die Abrechnung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen sowie Diagnosen) werden zum Zweck der Abrechnung vom behandelnden Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, übermittelt. 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 Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein die korrekte Abrechnung, sodass diese Abrechnungsdaten nach § 295 Abs. 1b SGB V in elektronischer Form an die Annahme- und Abrechnungsstelle der AOK Rheinland/Hamburg übermittelt werden können. Für das elektronische Abrechnungsverfahren hat jede Krankenkasse eine kassenspezifische Annahmestelle für Abrechnungsdaten benannt. Die Annahmestellen bei elektronischer Abrechnung sind in den Kostenträgerdateien zusammengefasst, die im Internet unter www.datenaustausch.de in der aktuellen Fassung abgerufen werden können.

Sie können sich hinsichtlich der zur Abrechnung durch den Arzt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eingereichten personenbezogenen Daten direkt an die Datenschutzbeauftragte der KV Nordrhein (datenschutzbeauftragter@kvno.de) wenden oder sich gegenüber der für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren. Die für die datenschutzrechtlichen Fragen zuständige Aufsichtsbehörde ist die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf, poststelle@ldi.nrw.de.

2. Daten bei Ihrer Krankenkasse

Durch die besondere Versorgung möchte die AOK Rheinland/Hamburg ihren Versicherten gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine bessere Versorgung anbieten. Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt die AOK Rheinland/Hamburg die Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Diagnosen und Kosten, Dauer und Kosten der Häuslichen Krankenpflege, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten). Hierzu werden darüber hinaus ebenfalls die im Falle einer Teilnahme am Chroniker Programm [Disease-Management-Programm (DMP)] gespeicherten Daten von der AOK Rheinland/Hamburg zur Überprüfung der Versorgungsqualität genutzt.

Die Daten bei der AOK Rheinland/Hamburg werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V erhoben und gespeichert und im Rahmen weiterer gesetzlicher Aufgaben, wie z. B. der Abrechnungsprüfung genutzt. Ihre Krankenkasse ist für diese Datenverarbeitung verantwortlich. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht. Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht, Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben, haben Sie das Recht, Ihre Beschwerde bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf, poststelle@ldi.nrw.de, der datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde der AOK Rheinland/Hamburg, einzureichen. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse oder deren Datenschutzbeauftragten, für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, datenschutz@rh.aok.de.

Original innerhalb von 10 Tagen
per Post senden an:
KV Nordrhein
40182 Düsseldorf

VKZ: 1203810022 Netz-Nr.: 222

↑ **Versicherteninformationen drucken!** ↑
(keine Aufkleber!)

Vertrag nach (§140a SGB V) über ergänzende Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche in Nordrhein

1. Informationen zur Durchführung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig. Wenn Sie sich zu der Teilnahme entscheiden, sind Sie bis zur Beendigung des in der Versicherteninformation dargestellten Zeitraumes an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme jährlich automatisch um 12 Monate und endet spätestens einen Tag vor dem 18. Geburtstag, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Sie können Ihre Teilnahme jedoch jederzeit mit Wirkung zum Quartalsende bei Ihrer Krankenkasse kündigen. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich.

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen oder sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

Ihre Teilnahme ist zudem ausgeschlossen, wenn Sie bereits an einem anderen Vertrag zur besonderen Versorgung, Modellvorhaben bzw. Innovationsfondsprojekt der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen, die die gleiche Zielsetzung und die gleichen Leistungen enthalten.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde, mir die "Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" meiner Krankenkasse zu diesem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich auch mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zur meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung einverstanden bin.
- ich insbesondere weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- ich meinen behandelnden Leistungserbringer über einen Kassenwechsel informieren werde.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

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

3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.
- ich weiß, dass ich unabhängig von der Widerrufsmöglichkeit entsprechend Punkt 2 meine Teilnahme zum Quartalsende oder fristlos aus wichtigem Grund kündigen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung nach Ablauf der gesetzlichen Fristen gelöscht werden.
- ich weiß, dass die in der „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ beschriebene Datenverarbeitung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung freiwillig ist und ich diese jederzeit bei meiner Krankenkasse widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer sofortigen Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung führt.

Ja, ich habe die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihr Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) zwischen den Abrechnungsstellen ausgetauscht werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Bei den Abrechnungsstellen handelt es sich um die Vertragspartner (AOK Rheinland/Hamburg und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein).

Ja, mir ist bekannt, dass eine wissenschaftliche Auswertung/Datenauswertung durchgeführt wird und bin damit einverstanden.

Sofern in dieser Teilnahmeerklärung die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht alle Geschlechter mit ein.

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der besonderen Versorgung bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Ziele von der Einschreibung profitieren kann.

Datum, Stempel, Unterschrift **des Arztes**

Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/-verarbeitung des Versicherten (ab 15 Jahren) oder des gesetzlichen Vertreters

Datum, Unterschrift **des Versicherten/gesetzlichen Vertreters**