

# **Vertrag**

## **“Vitamin K-Antagonisten Therapie“**

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Europa-Allee 90

60486 Frankfurt a. M.

- im Nachfolgenden KVH genannt -

und

die VIACTIV Krankenkasse

Universitätsstraße 43,

44789 Bochum

(ehemals BKK vor Ort)

- im Nachfolgenden VIACTIV genannt -

schließen in Ergänzung zu dem auf dem zwischen dem BKK Landesverband Hessen und der KVH geschlossenen Strukturvertrag nach § 73 a SGB V vom 28. Juli 1998 basierenden Vertrag „Mein Arzt“ vom 2. November 2006 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 02. Dezember 2012 die folgende Vereinbarung.

## **Präambel**

Mit dem in vorliegender Ergänzungsvereinbarung eingeführten Modul wird das Ziel verfolgt, ein besonderes Augenmerk auf die Betreuung von Versicherten der VIAC-TIV im Hinblick auf die Vitamin K-Antagonisten Therapie (VKA-Therapie) zu legen und den erheblichen Aufwand für die fortlaufende Betreuung zu honorieren.

Als Vitamin K-Antagonisten (VKA) werden die Wirkstoffe Warfarin und Phenprocoumon definiert. Als direkte orale Antikoagulantien (DOAK) werden die Wirkstoffe Apixaban, Rivaroxaban, Edoxaban und Dabigatran definiert. DOAKs, die zukünftig für den deutschen Markt zugelassen werden, werden automatisch ab dem Tag der Aufnahme in den IFA-Datenbestand in die definierten Wirkstoffe der DOAK-Verordnungen einbezogen.

Im Gegensatz zu den DOAKs haben VKA einen erhöhten Beratungsbedarf und Schulungsbedarf: Sie sind besonders bei Patienten, die bei Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung oder peripheren arteriellen Verschlusskrankheit zusätzlich Thrombozythenaggregationshemmer einnehmen müssen, zu bevorzugen. Damit alle Patienten eine angemessene Antikoagulation erhalten können, soll bei diesen Patienten, bei denen die Indikation zu einer VKA-Gabe gestellt wird, eine entsprechende Honorierung erfolgen.

## **§ 1**

### **Geltungsbereich / Vertragsgegenstand**

1. Der Vertrag findet Anwendung im Zuständigkeitsbereich der KVH.
2. Der Vertrag gilt für alle Versicherten der VIAC-TIV mit besonderem Bedarf einer VKA-Therapie.
3. Gegenstand des Vertrages ist die Durchführung der im Behandlungspfad (Anlage 1) beschriebenen Leistungen.
4. Soweit nachstehend nichts Abweichendes festgelegt ist, gelten die im Vertrag „Mein Arzt“ vom 2. November 2006 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 02. Dezember 2012 enthaltenen Regelungen.

## **§ 2**

### **Aufgaben der KVH**

1. Die KVH informiert die teilnahmeberechtigten Ärzte im Geltungsbereich dieses Vertrages über die Anforderungen und Inhalte des Vertrages.
2. Die KVH überprüft die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 und erteilt dem Arzt eine Teilnahmegenehmigung. Der Arzt kann ab Zugang der Teilnahmegenehmigung die in § 7 dieses Vertrages geregelte Vergütung abrechnen.
3. Die KVH übernimmt die Abrechnung und Abrechnungsprüfung.

### **§ 3**

#### **Teilnahme der Ärzte**

1. Teilnahmeberechtigt sind alle im Netzgebiet niedergelassenen Ärzte, die ein Schulungszeugnis nach Abs. 2 vorlegen und die Teilnahme nach Abs. 3 bei der KV Hessen beantragen.
2. Weitere Teilnahmevoraussetzung ist, dass die teilnehmenden Ärzte einmal pro Kalenderjahr an einer vertraglichen und fachlichen Schulung zur Erfüllung der medizinischen Anforderungen sowie der Vertragsinhalte teilnehmen, die durch den Förderverein Ärztenetz Rhein-Main e.V. „Ärzte mit Zukunft“ durchgeführt werden. Die beitretenden Ärzte legen ihrer Beitrittserklärung eine Bescheinigung des Fördervereins bei, die erforderlichen Kenntnisse durch die Schulung des Fördervereins erworben zu haben.
3. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Der Arzt beantragt bei der KVH seine Teilnahme mittels einer Beitrittserklärung (Anlage 2) und erbringt gegenüber der KVH den Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs.1. Sobald der Arzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt, teilt er dies der KVH unverzüglich schriftlich mit.

### **§ 4**

#### **Aufgaben der teilnehmenden Ärzte**

1. Die teilnehmenden Ärzte informieren ihre Patienten über den Vertrag „Vitamin K-Antagonisten Therapie“ und schreiben die Patienten in den Vertrag ein.
2. Die teilnehmenden Ärzte klären die Patienten im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und entsprechende Therapiealternativen auf. Außerdem wird eine Ernährungsberatung (Vitamin K) angeboten sowie auf die Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen hingewiesen. Daneben erfolgt eine Ausstellung sowie Erläuterung der Handhabung des Behandlungspasses.
3. Bei Bedarf bzw. Problemen mit der VKA-Therapie nehmen die teilnehmenden Ärzte Kontakt mit den fachärztlichen Kollegen (Kardiologen, Angiologen, Hämostaseologen) auf.

### **§ 5**

#### **Teilnahme der Versicherten**

1. Teilnahmeberechtigt sind alle bei der VIACTIV Versicherten, unabhängig vom Wohnort, bei denen ein besonderer Aufwand durch die Betreuung der VKA-Therapie besteht, darunter fallen Patienten, die bereits mit VKA therapiert werden sowie Patienten, bei denen die VKA-Therapie neu eingestellt wird.
2. Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 3). Die Einschreibung des Versicherten erfolgt durch den teilnehmenden Arzt, der die Teilnahmeerklärung unverzüglich an die VIACTIV weiterleitet.

3. Die Teilnahme des Versicherten endet im Übrigen mit dem Ende der Mitgliedschaft in der VIACTIV oder mit dem Ende der Teilnahme am Vertrag „Mein Arzt“, durch Kündigung oder bei sonstigen Pflichtverstößen.

## **§ 6**

### **Aufgaben der VIACTIV**

1. Die VIACTIV benennt einen festen Ansprechpartner bei der VIACTIV.
2. Die VIACTIV stellt erforderliche Unterlagen (Patienteninformationen, Hinweise zum Vertrag, etc.) auf ihre Kosten zur Verfügung.
3. Sie informiert ihre Versicherten (insbesondere bei Beendigung) über diesen Vertrag.
4. Die VIACTIV zahlt die nach § 7 festgelegte Vergütung an die KVH.
5. Die VIACTIV wirkt auf die Krankenhausträger in der Region ein und strebt die Einstellung oder das sog. „Bridging“ von Heparin in der Entlassmedikation durch den Krankenhausarzt an. Die weitere Betreuung bzw. Einstellung nach diesem Vertrag hat dann durch die Ärzte nach § 3 zu erfolgen.

## **§ 7**

### **Abrechnung und Vergütung**

1. Die Vertragspartner vereinbaren für den Mehraufwand, der den teilnehmenden Vertragsärzten durch die Umsetzung des vorliegenden Vertrages entsteht, folgende Vergütung, die über die aufgeführten Abrechnungsziffern abgerechnet werden können:

#### **a) Pauschale bei Neueinstellung auf dauerhafte VKA-Therapie**

- Gebührenordnungsposition: 92420
- Inhalt: Einschreibung in den Vertrag, Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen, Ernährungsberatung (Vitamin K), Arzt-Patient-Kontakt, Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen, Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Behandlungspasses.
- Vergütungshöhe: 120,00 Euro einmal pro Versicherten. Die Auszahlung erfolgt in fünf Anteilen von je 24,00 Euro je Quartal.
- Vergütungsvoraussetzungen:
  - Der betreuende Hausarzt erhält eine Vergütung für die erstmalige Einstellung eines Patienten auf eine VKA-Therapie mit Warfarin oder Phenprocoumon für fünf aufeinanderfolgende Quartale. Erstmalig bedeutet, dass in den letzten fünf Quartalen (5 Vorquartale vor Abrechnungsquartal) vor Verordnung des VKA in den Abrechnungsdaten der VIACTIV keine VKA-Verordnung vorliegt.
  - Die Einstellungs pauschale ist für die dauerhafte VKA-Therapie gedacht. Dauerhaft beschreibt hierbei den Zeitraum von der Indikationsstellung bis zum Ende der VKA-Therapie. Wird die VKA-Therapie nicht weiter fortgeführt, entfällt der weitere Vergütungsanspruch beginnend mit dem neuen Quartal der anteiligen Einstellungs pauschale. Rückforderungen für bereits erbrachte Leistungen werden durch die VIACTIV nicht gestellt.
  - Ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal muss stattgefunden haben;

die Vergütung der Pauschale steht nicht im Zusammenhang mit einer Verordnung.

- Mindestens ein ICD-10 Code der folgenden ICD-10 Gruppen muss vorliegen und als Abrechnungsdiagnose übermittelt werden, jeweils endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für „Gesichert“.

Krankheitsbild	ICD-10 Code
Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	I05.-
Akuter Myokardinfarkt	I21.-
Rezidivierender Myokardinfarkt	I22.-
Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	I23.-
Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	I24.-
Alter Myokardinfarkt	I25.2-
Herz-(Wand-)Aneurysma	I25.3
Lungenembolie	I26.-
Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie	I27.20
Kardiomyopathie	I42.0
Alkoholische Kardiomyopathie	I42.6
Vorhofflimmern und Vorhofflattern	I48.-
Herzinsuffizienz	I50.-
Herzinfarkt	I63.-
Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	I65.-
Verschluss und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	I66.-
Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	I69.-
Arterielle Embolien und Thrombose	I74.-
Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	I80.-
Pfortaderthrombose	I81.-
Sonstige venöse Embolie und Thrombose	I82.-
Varizen der unteren Extremitäten	I83.-
Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	Z95.-
Sonstige Koagulopathien (Nichtfamiliäre Hämophilie)	D68.5
Sonstige Koagulopathien (Prothrombin-Gen-Mutation)	D68.6

- Die Einstellungspauschale kann nicht im gleichen Quartal beim selben Patienten neben der b) Aufwandspauschale bei dauerhafter VKA-Therapie abgerechnet werden.
- Wird ein Patient aufgrund eines Eingriffs mit Heparin „gebridgt“, kann keine neue Einstellungspauschale abgerechnet werden.

#### **b) Aufwandspauschale bei (bestehender) dauerhafter VKA-Therapie**

- Gebührenordnungsposition: 92421
- Inhalt: Einschreibung in den Vertrag, Laboruntersuchungen (INR-Kontrolle in der Praxis bzw. im Labor/Laborgemeinschaft oder Selbstkontrolle durch den Patient nach Verordnung von Messtreifen und umfassender Beratung), Führen des Behandlungspasses, Terminmanagement, Einwirken auf die Adhärenz des Patienten, Arzt-Patient-Kontakt

- Vergütungshöhe: 15,00 € pro Quartal pro Versicherten
- Vergütungsvoraussetzungen:
  - Der teilnehmende Arzt kann bei einem eingeschriebenen Versicherten, der auf eine VKA-Therapie eingestellt ist, den Aufwand der Behandlung abrechnen.
  - Ein Patient mit VKA-Therapie wird dadurch identifiziert, dass ihm in den letzten 5 Quartalen (5 Vorquartale vor Abrechnungsquartal) entweder ausschließlich und mindestens einmal VKA-Präparate (und keine DOAKs) verordnet wurden oder zwar zunächst DOAKs verordnet wurden, sodann aber VKAs. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkasse. Wird die VKA-Therapie nicht weiter fortgeführt, entfällt der weitere Vergütungsanspruch beginnend mit dem neuen Quartal. Rückforderungen für bereits erbrachte Leistungen werden durch die VIACTIV nicht gestellt.
  - Ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal muss stattgefunden haben; die Vergütung der Pauschale steht nicht im Zusammenhang mit einer Verordnung.
  - Mindestens ein ICD-10 Code der folgenden ICD-10 Gruppen muss vorliegen und als Abrechnungsdiagnose übermittelt werden, jeweils endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für „Gesichert“.

Krankheitsbild	ICD-10 Code
Rheumatische Mitralklappenkrankheiten	I05.-
Akuter Myokardinfarkt	I21.-
Rezidivierender Myokardinfarkt	I22.-
Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt	I23.-
Sonstige akute ischämische Herzkrankheit	I24.-
Alter Myokardinfarkt	I25.2-
Herz-(Wand-)Aneurysma	I25.3
Lungenembolie	I26.-
Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie	I27.20
Kardiomyopathie	I42.0
Alkoholische Kardiomyopathie	I42.6
Vorhofflimmern und Vorhofflattern	I48.-
Herzinsuffizienz	I50.-
Herzinfarkt	I63.-
Verschluss und Stenose präzerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	I65.-
Verschluss und Stenose zerebraler Arterien ohne resultierenden Hirninfarkt	I66.-
Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit	I69.-
Arterielle Embolien und Thrombose	I74.-
Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis	I80.-
Pfortaderthrombose	I81.-
Sonstige venöse Embolie und Thrombose	I82.-
Varizen der unteren Extremitäten	I83.-
Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	Z95.-
Sonstige Koagulopathien (Nichtfamiliäre Hämophilie)	D68.5

- Die Aufwandspauschale bei dauerhafter VKA-Therapie kann nicht im gleichen Quartal beim selben Patienten durch den gleichen Arzt/die gleiche Praxis neben der a) Neueinstellungspauschale abgerechnet werden.
2. Die vorstehend genannten Gebührenordnungspositionen werden von den teilnehmenden Ärzten nach Maßgabe der sog. Abrechnungsrichtlinien der KVH in der jeweils gültigen Fassung über die KVH abgerechnet, die dafür die satzungsgemäß vorgesehenen Verwaltungskosten in der jeweils maßgeblichen Höhe sowie weitere satzungsgemäße Abzüge einbehält.
  3. Alle übrigen Leistungen werden über EBM abgerechnet.
  4. Im Übrigen wird das Abrechnungsverfahren für Leistungen aus diesem Vertrag (Ablauf und Inhalt der Abrechnung, Zahlungstermine, sachlich/rechnerische Berichtigung, etc.) entsprechend dem allgemeinen technischen und organisatorischen Ablauf innerhalb der KVH durchgeführt. Es gelten insbesondere die Bestimmungen des zwischen der BKK Landesverband Süd und der KVH geschlossenen Gesamtvertrages in der jeweils gültigen Fassung, sofern in der vorliegenden Vereinbarung nichts Abweichendes geregelt ist. Das Honorarvolumen für die Vergütung der Leistungen gem. Abs. 1 wird der VIActiv gegenüber detailliert nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern im Formblatt 3 in der Kontenart 400, Kapitel 91 in der 6. Ebene je Abrechnungsnummer ausgewiesen.
  5. Die Vergütung der Leistungen nach diesem Vertrag durch die VIActiv erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ohne Mengenbegrenzung.

## **§ 8**

### **Datenschutz**

Die Leistungserbringer verpflichten sich in den verschiedenen Phasen der Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieser Vereinbarung vorzunehmen. Die personenbezogenen Versichertendaten sind zu löschen, wenn diese für die in der Vereinbarung festgelegten Aufgaben nicht mehr erforderlich sind.

## **§ 9**

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am Nächsten kommen.

## **§ 10**

### **Inkrafttreten und Laufzeit**

1. Der Vertrag tritt am 01.04.2017 in Kraft und kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2019.
2. Der Vertrag endet in jedem Fall zu dem Zeitpunkt, in dem der Vertrag „Mein Arzt“ endet.

Frankfurt am Main, den 22.03.2017

### **Kassenärztliche Vereinigung Hessen**

---

Vorstand

Bochum, den

### **VIACTIV**

---

Vorstand



## Anlage 1 Behandlungspfad

- Schritt 1. Patient hat Indikation zur oralen Antikoagulation:
- in Klinik: Hausarzt wird durch die Klinik informiert: Entscheidung im ambulanten Bereich und Patient wird mit niedermolekularer Heparintherapie entlassen es folg Schritt 2.
  - in Praxis: direkt zur Schritt 2
- Schritt 2. Gemeinsame Beratung mit Vor- und Nachteilen zur oralen Antikoagulation: Arzt und Patient, ggf. unter Einbeziehung von Kardiologen, Angiologen oder Hämostaseologen.
- Schritt 3. Entscheidung über Zielbereich (time in therapeutic range): Zielwert individuell zwischen Arzt und Patient zu vereinbaren und im Behandlungspass zu dokumentieren.
- Schritt 4. Schulung des Patienten zu VKA und
- Schritt 5. Einstellung des Patienten auf VKA (Hausarzt oder Kardiologe/Angiologe: Auslösung der Einstellungsvergütung verteilt über fünf Quartale)
- Schritt 6. Kontrolle auf Erreichen der Zielkriterien (INR; TTR einmal jährlich)
- Schritt 7. Ggf. Reevaluation mit Kardiologe/Angiologe

## Anlage 2 Teilnahmeerklärung „Arzt“

### „Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in der Region Rhein-Main nach §73a SGB V – Vertrag Vitamin K-Antagonisten Therapie“

**Titel, Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**LANR, BSNR:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Straße, Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**Postleitzahl, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon, Telefax:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Bankverbindung** Kto.-Nr.: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_  
Institut: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an dem Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in der Region Rhein Main gemäß §73a SGB V – Vertrag Vitamin K-Antagonisten Therapie.

Ich bin umfassend über die Vertragsinhalte informiert. Insbesondere den Behandlungspfad, die Kooperationsregeln und die Ziele habe ich zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese zu erfüllen.

Weiter verpflichte ich mich die geltenden Vorschriften des Datenschutzes zu beachten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben stehenden Angaben (ausgenommen die Bankverbindung) in einem Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte“ geführt werden und sowohl der Krankenkasse als auch den teilnehmenden Versicherten zur Verfügung gestellt sowie auf der Homepage der VIACTIV und des Ärztenetzes Rhein-Main veröffentlicht werden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist. Ich kann die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen schriftlich zum Ende des Quartals (Erklärungsfrist ein Monat vor Ende des Quartals) erklären.

Bitte durch Ankreuzen bestätigen

- Die erforderlichen vertraglichen und fachlichen Schulungen zur Erfüllung der medizinischen Anforderungen sowie der Vertragsinhalte wurden durch den Förderverein Ärztenetz Rhein-Main e.V. „Ärzte mit Zukunft“ durchgeführt. Bescheinigung des Fördervereins über die Teilnahme füge ich bei.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel und Unterschrift

**Bitte senden Sie die Beitrittserklärung an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, Fax: 069 24741-68805**

## Anlage 3 Teilnahmeerklärung „Patient“

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



### Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

#### Teilnahmeerklärung zum Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in der Region Rhein-Main – Vertrag Vitamin K-Antagonisten

**Ja, ich nehme an dem Vertrag über Struktur verbessernde Leistungen für die ambulante Versorgung in der Region Rhein-Main – Vertrag Vitamin K-Antagonisten teil.**

#### Folgendes ist mir bekannt:

Die Behandlung erfolgt nach dem in dem Ärztenetz Rhein-Main abgestimmten Behandlungspfad, der eine optimale und rasche Behandlung garantieren. Meine Behandlung erfolgt unter enger Kommunikation und Abstimmung der teilnehmenden Ärzte. Ziel der Behandlung ist die optimale und sachgerechte Betreuung von Versicherten der VIActiv Krankenkasse im Hinblick auf die Vitamin K-Antagonisten Therapie (VKA-Therapie).

Der gewählte Hausarzt übernimmt die Koordination innerhalb meiner ambulanten Behandlung. Er ist immer erster Ansprechpartner. Grundsätzlich wähle ich einen teilnehmenden Facharzt aus dem Ärztenetz Rhein-Main. In folgenden Fällen habe ich keinen Anspruch auf die im Vertrag beschriebenen Vorteile:

- Im Vertretungsfall,
- bei Inanspruchnahme des Notdienstes,
- wenn kein Facharzt der benötigten Fachrichtung dem Vertrag beigetreten ist.

Alle mir verordneten Medikamente sowie Selbstmedikation gebe ich meinem Hausarzt bekannt.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Bei Umzug, Beendigung der Teilnahme des Hausarztes sowie aufgrund eines dauerhaft gestörten Verhältnisses zum Hausarzt kann ich einen anderen Arzt aus dem Ärztenetz Rhein-Main wählen oder aus dem Programm aussteigen. Ich kann meine Teilnahme schriftlich gegenüber der VIActiv Krankenkasse kündigen. Andernfalls verlängert sich die Teilnahme automatisch.

Bei Fragen, Beschwerden oder bei persönlicher Unzufriedenheit kann ich mich schriftlich oder persönlich an die VIActiv Krankenkasse wenden.

Ich verpflichte mich, die mit dem Arzt vereinbarten Termine einzuhalten.

Mein gewählter Hausarzt und/oder die VIActiv Krankenkasse haben mich ausführlich und umfassend über die Inhalte des Vertrages zur integrierten Versorgung informiert. Ich habe die o. g. Punkte zur Kenntnis genommen. Halte ich diese nicht ein, kann die VIActiv Krankenkasse meine Teilnahme beenden.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters

### Einwilligungserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Ja, ich bin mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch meinen Hausarzt und Fachärzte im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden. Folgendes ist mir bekannt:

1. Meine Daten werden unter Beachtung des Datenschutzes von meinem betreuenden Hausarzt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen geschickt. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen wird die Daten zum Zweck der Abrechnung der ärztlichen Leistungen aufbereiten und an die VIACTIV Krankenkasse senden. Während des gesamten Verfahrens werden die Vorschriften des Datenschutzes beachtet.
2. Die von mir unterzeichnete Teilnahmeerklärung wird von meinem betreuenden Hausarzt zur Information über die Teilnahme an die VIACTIV Krankenkasse gesendet.
3. Meine Daten werden, sofern sie zur Erfüllung der sich aus der interdisziplinären Versorgung ergebenden Aufgaben dienen, unter den beteiligten Ärzten ausgetauscht.
4. Die VIACTIV Krankenkasse kann mich zur persönlichen Zufriedenheit mit der Versorgung und Lebensqualität befragen.

I

---

Ort / Datum

---

Unterschrift des Versicherten  
oder des gesetzlichen Vertreters