B e s o n d e r e V e r s o r g u n g g e m ä ß § 1 4 0 a S G B V

Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
(nachfolgend „KVH“ genannt)

und der

Kaufmännischen Krankenkasse - KKH
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“ genannt)

und der

HEK – Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“ genannt)

und der

Techniker Krankenkasse – TK
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“ genannt)

in der Fassung des 1. Nachtrages ab 1. Juli 2023

sowie des Beitritts der AOK Rheinland/Hamburg zum 1. Januar 2026

Inhaltsverzeichnis

Präambel
§ 1 Ziele des Vertrags
§ 2 Teilnahme der Krankenkassen
§ 3 Teilnahme der Ärzte
§ 4 Teilnahme der Versicherten
§ 5 Aufgaben der Ärzte
§ 6 Vergütung
§ 7 Aufgaben der KVH
§ 8 Aufgaben der Krankenkassen
§ 9 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVH
§ 10 Abrechnung zwischen der KVH und den Krankenkassen
§ 11 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung
§ 12 Datenschutz
§ 13 Vertragsänderungen
§ 14 Compliance und Antikorruption
§ 15 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Vergütungsübersicht
Anlage 2	Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung der Versicherten
Anlage 2.1	Information zur Teilnahmeerklärung in elektronischer Form
Anlage 2.2	Vertragsinformation
Anlage 3	Übergreifende Versorgungsangebote
Anlage 3.1	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz
Anlage 3.2	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer Arthrose des Hüft- und Kniegelenks
Anlage 3.3	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz
Anlage 3.4	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD
Anhang 1	Mein COPD Maßnahmenplan
Anlage 3.5	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)
Anhang 1	pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan
Anlage 3.6	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer COPD bei Asthma
Anlage 3.7	Shared Decision Making
Anlage 4	Teilnahmeerklärung Arzt
Anlage 5	Beitrittserklärung Krankenkasse
Anlage 6	Verzeichnis teilnehmende Krankenkassen

Die Vertragspartner behalten sich den Abschluss weiterer Anlagen durch Austausch des Anlagenverzeichnisses vor.

Präambel

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung zählen chronische Erkrankungen zu den häufigsten und gesellschaftlich bedeutsamsten Gesundheitsproblemen der Gegenwart. Dazu gehören u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen. Sie sind weit verbreitet und beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit und stellen eine besondere Herausforderung in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland dar.

Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten haben eine besonders große Relevanz, da sie bei einer Erkennung in einem frühen Stadium besser behandelt werden können. Bei bestehender chronischer Krankheit kann die Progression der Erkrankung verhindert oder verlangsamt werden, indem Begleit- und Folgeerkrankungen rechtzeitig erkannt und die Patienten in dem Umgang mit ihren Krankheiten geschult werden. Hierfür bieten Gesundheits-Apps und Online-Therapien als digitale Unterstützungsangebote eine geeignete Möglichkeit, die Versorgung additiv zu stärken und nach Früherkennung einer Erkrankung eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen. Durch die Verwendung laiengerechter Sprache, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zur Therapie und das Einbinden von Gesundheits-Apps und Online-Therapien wird die individuelle (digitale) Gesundheitskompetenz der Betroffenen gestärkt und dem Auftrag an die GKV nachgekommen ebendiese zu fördern.

Mit Inkrafttreten dieser modifizierten Neufassung des Vertrages wird der Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) zwischen der KKH, HEK und der KV Hamburg vom 01.10.2019 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 01.07.2020 fortgeführt. Das Vertragskennzeichen wird beibehalten.

§ 1
Ziele des Vertrages

1) Die Krankenkasse stellt ihren Versicherten[1] [2] ergänzend zur Regelversorgung die in den Versorgungsprogrammen (Anlagen 3) definierten Möglichkeiten der Früherkennung zur Verfügung. Durch die frühere Erkennung von Erkrankungen und die intensive Betreuung durch den Hausarzt im Rahmen der Nachsorge (Anlagen 3), werden Versicherte zielgerichtet einer umfassenden und personalisierten Versorgung zugeführt. Damit sollen die Früherkennung der Erkrankungen ermöglicht, eine Progression der Erkrankung verhindert bzw. verlangsamt und Komorbiditäten rechtzeitig erkannt werden.

2) Das Auftreten bzw. die Feststellung einer chronischen Erkrankung stellt für die Versicherten eine große Belastung dar. Neben weiteren Arztbesuchen und Untersuchungen werden Änderungen im Lebensstil notwendig. In dieser Situation ist eine besonders intensive ärztliche Betreuung sowie die Unterstützung in organisatorischen Fragen nötig. Wird bei den Versicherten durch die Früherkennung eine Neuerkrankung festgestellt, soll ihnen im Rahmen des Vertrages für den Zeitraum der Diagnostik, Aufklärung sowie Therapieentscheidung und –findung eine intensivierte Betreuung zur Verfügung gestellt werden. Schließlich besteht das Ziel darin, die eingeleitete Behandlung zu unterstützen und den positiven Effekt nachhaltig zu sichern. Dadurch sollen vorstationäre Behandlungen und stationäre Einweisungen sowie die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert werden. Ebenfalls soll so die Lebensqualität verbessert werden.

[1] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Vertrag Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jeweils Personen des weiblichen und männlichen Geschlechts sowie Personen des Geschlechts „divers“ gleichermaßen.

[2] Wird in diesem Vertrag von „Versicherten“ gesprochen, sind die an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten gemeint.

§ 2
Teilnahme der Krankenkassen

1) Ein Verzeichnis über die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen wird nach § 8 Abs. 3 von den vertragsschließenden Krankenkassen erstellt (Anlage 6). Tritt eine weitere Krankenkasse dem Vertrag bei, erklärt diese gegenüber den vertragsschließenden Krankenkassen über die Beitrittserklärung (Anlage 5) ihren Beitritt. Das Verzeichnis wird in diesem Fall entsprechend angepasst.

2) Die KVH ist nicht berechtigt, den vorliegenden Vertrag eigenständig anderen Krankenkassen anzubieten und/oder mit anderen Krankenkassen zu schließen. Die Möglichkeit des Beitritts zu diesem Vertrag wird über die vertragsschließenden Krankenkassen koordiniert.

§ 3
Teilnahme der Ärzte

1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Vertrag ist freiwillig.

2) Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVH zugelassenen, an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Ärzte. Zudem sind Fachärzte für Innere Medizin, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und ebenso hausärztlich tätig sind teilnahmeberechtigt. Weiterhin teilnahmeberechtigt sind in Praxen oder MVZ angestellte hausärztlich-tätige Ärzte, wenn der anstellende Arzt am Vertrag teilnimmt bzw. das MVZ sein Einverständnis mit der Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung **(Anlage 4)** erklärt. Dies gilt auch für ermächtigte hausärztlich-tätige Ärzte mit einem entsprechenden Ermächtigungsumfang, die über die KVH abrechnen. Ärzte, die in einer Zweigpraxis oder im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft auf dem Gebiet der KVH tätig sind, können nicht an diesem Vertrag teilnehmen[3].

3) Der Arzt erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gem. Anlage 4 bei der KVH. Durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Arzt folgende Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen:
    a. Regelmäßige (mindestens jährliche) Teilnahme an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen oder an anerkannten Qualitätszirkeln. Die Fortbildungen bzw. die Qualitätszirkel müssen dabei krankheitsspezifischen Bezug auf die in den Anlagen 3 zu versorgenden Krankheitsbilder haben. Durch regelmäßige Fortbildungen macht der Arzt sich mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass er diese stets nach dem aktuellen medizinischen Stand einsetzen kann. Die besonderen Untersuchungstechniken umfassen dabei die Durchführung der Früherkennung gem. den Anlagen 3. Die Teilnahme an den krankheitsspezifischen zertifizierten Fortbildungen bzw. Qualitätszirkeln ist der KVH alle fünf Jahre, beginnend mit Ablauf des Jahres, in dem der Arzt die Teilnahme an dem Vertrag erklärt hat, nachzuweisen.
    b. Vorhalten der zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötigen apparativen Ausstattung.
    c. Durchführung einer leitliniengerechten Untersuchung bzw. Behandlung.

[3] Ärzte, die in einer Zweigpraxis oder im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft auf dem Gebiet der KV HH tätig sind, haben die Möglichkeit einen Einzelvertrag zu gleichen Konditionen mit den vertragsschließenden Krankenkasse abzuschließen. Die Abwicklung erfolgt direkt durch die vertragsschließenden Krankenkassen.

d. Erfüllung der Vertragsinhalte zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben.

4) Der Arzt beauftragt die KVH mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere mit der Abrechnung der Vergütungen nach diesem Vertrag.

5) Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der schriftlichen Erklärung der Teilnahme bei der KVH.

6) 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 KVH mitzuteilen.

7) Die Teilnahme eines Arztes endet:
   a. Mit Ende oder Wegfall seiner Zulassung oder Approbation.
   b. Durch schriftliche Kündigung des teilnehmenden Arztes gegenüber der KVH. Die Kündigung hat mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende zu erfolgen.
   c. Wenn die Fortbildungen/Qualitätszirkel (nach Abs. 3a) nicht bis zum 15.02. nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums nachgewiesen wurden.
   d. Wenn die Zusammenarbeit zwischen den Vertragsparteien beendet wird, d.h. die Versorgung nicht mehr angeboten wird. Die teilnehmenden Ärzte erhalten hierüber rechtzeitig eine Information seitens der KVH.

   Eine Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt und ist zu jedem Zeitpunkt möglich.

   In den Fällen des § 3 Abs. 7 lit. a), b) und c) kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an dieser Vereinbarung teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.

8) Die KVH ist berechtigt, die Teilnahme des Arztes an dem Vertrag aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn der Arzt Leistungen abrechnet, die er nach diesem Vertrag nicht hätte erbringen dürfen, es sei denn, es handelt sich um einfache Fahrlässigkeit oder einen Einzelfall.

9) Die teilnehmenden Ärzte stimmen der Übermittlung ihrer Kontaktdaten (Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer, LANR und BSNR) in einem Teilnehmerverzeichnis durch die KVH an die Krankenkassen sowie der Veröffentlichung dieses Verzeichnisses auf der Homepage der Krankenkassen und der KVH zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

§ 4
Teilnahme der Versicherten

1) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen unabhängig von deren Wohnort, welche die in den Anlagen 3 zum jeweiligen Versorgungsprogramm definierten medizinischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Eine Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn folgende Ausschlussgründe vorliegen:
   a. Ungeklärtes oder fehlendes Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse;
   b. Fehlende Angaben auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (z.B. Fehlende Unterschrift des Versicherten);
   c. Kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse;

d. Bestehende Teilnahme an weiteren Verträgen der Krankenkasse zur besonderen oder hausarztzentrierten Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen.

Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass keiner der vorgenannten Ausschlussgründe vorliegt.

2) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Versicherte erklären gem. Anlage 2 gegenüber der Krankenkasse schriftlich ihre Teilnahme und willigen in die Behandlung nach diesem Vertrag sowie die dazu erforderliche Verwendung ihrer personenbezogenen Daten gem. Anlage 2 ein.

3) Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung durch eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die Teilnahmeerklärung und das Einverständnis zur Datenverarbeitung **(Anlage 2)** regeln zusammen mit der Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung **(Rückseite der Anlage 2)** und der Vertragsinformation **(Anlage 2)** das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahme, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten; soweit die Abrechnung nicht direkt über den Leistungserbringer erfolgt, die Angabe der Abrechnungsdienstleister sowie ggf. eine Information über den beabsichtigten Austausch von Teilnehmerlisten für Abrechnungszwecke zwischen der Krankenkassen und dem Leistungserbringer bzw. dem Abrechnungsdienstleister. Für die Abgabe einer Teilnahmeerklärung in elektronischer Form gelten die besonderen Bestimmungen gemäß **Anlage 2.1.** Die Krankenkassen sind dazu berechtigt, redaktionelle Anpassungen innerhalb der Teilnahmeformulare vorzunehmen, ohne dass es hierzu einer gesonderten Vereinbarung mit dem Vertragspartner bedarf.

4) Die Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit Unterzeichnung und Übergabe der Teilnahmeerklärung des Versicherten an den teilnehmenden Arzt. Der Versicherte erhält eine Ausfertigung der Teilnahmeerklärung.

5) Über die Inhalte der Versorgung informiert die Krankenkasse auf der Basis der Teilnahmeerklärung gem. Anlage 2 dieses Vertrages, die dem Versicherten vom Arzt ausgehändigt wird. Hierbei steht der Arzt dem Versicherten als erster Ansprechpartner für weitere medizinische Informationen zur Verfügung.

6) Versicherte haben das Recht, ihre Teilnahme am Vertrag ohne Angabe von Gründen jederzeit innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gem. Anlage 2 zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Krankenkasse informiert den teilnehmenden Arzt unverzüglich schriftlich über den Widerruf der Teilnahme.

7) Die Teilnahme eines Versicherten endet:
   a. Bei Widerruf der Teilnahme gem. § 4 Abs. 5.
   b. Mit Kündigung der Teilnahme gegenüber der Krankenkasse. Die Kündigung kann frühestens nach Ablauf von 12 Monaten erfolgen und hat mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende zu erfolgen.
   c. Mit Kündigung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung. Ein wichtiger Grund kann z.B. in einem Wohnortwechsel des Versicherten bestehen, wenn dadurch die Inanspruchnahme eines an der Versorgung beteiligten Leistungserbringers aufgrund der räumlichen Entfernung nicht mehr zumutbar ist.
   d. Mit Vertragsende.

e. Mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses bei der Krankenkasse oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.

Die Krankenkasse informiert den behandelnden Arzt über den Widerruf eines Versicherten nach Buchstabe a, einer Kündigung nach den Buchstaben b und c sowie der Beendigung des Leistungsanspruchs nach Buchstabe e.

8) Der Versicherte kann im Rahmen dieses Vertrages nur einen betreuenden Arzt wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter für verschiedene betreuende Ärzte entschieden hat, erfolgt eine Aufforderung der Krankenkasse an den Versicherten, sich für einen betreuenden Arzt im Rahmen dieses Vertrages zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen. Die Krankenkasse unterrichtet die betroffenen Ärzte schriftlich. Die Vergütung der Ärzte wird seitens der Krankenkasse so lange sichergestellt, bis der Arzt von der Krankenkasse über die Mehrfacheinschreibung unterrichtet wurde.

§ 5
Aufgaben der Ärzte

1) Der Arzt prüft die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Versorgungsprogramme gem. den Anlagen 3.

2) Er übermittelt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten gem. Anlage 2 im Original an die KVH zur Weiterleitung an die Krankenkasse. Die Teilnahmeerklärungen müssen spätestens bei der Abrechnung vorliegen.

3) Die Entscheidung, welche Versorgung der Versicherte erhält, trifft der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Versicherten im Sinne des Shared Decision Making. Die Entscheidung richtet sich nach der medizinisch erforderlichen Behandlung.

4) Der Arzt führt die Versorgungsprogramme entsprechend seiner fachlichen Qualifikation durch und übernimmt die anschließende intensive Betreuung und Versorgung des Versicherten bei Feststellung einer Neuerkrankung.

5) Die weiteren Aufgaben des Arztes und die durchzuführenden Leistungen sind jeweils an dem speziellen Betreuungsbedarf der chronisch erkrankten Versicherten ausgerichtet und in den Versorgungsprogrammen der Krankenkassen gem. den Anlagen 3 geregelt.

6) Sofern durch die Früherkennung gem. den Anlagen 3 bei einem Versicherten eine Erkrankung festgestellt wurde, verpflichtet sich der teilnehmende Arzt in allen Versorgungsprogrammen die Beratungsintensität über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen hinaus zu erhöhen. Dazu gehören:
   a. Zeitnahe Vergabe von Behandlungsterminen, möglichst innerhalb von 14 Tagen.
   b. Koordinierung von Terminen bei Fachärzten und Heilmittelerbringern in medizinisch erforderlichen Fällen auf Wunsch des Versicherten direkt durch die Arztpraxis.
   c. Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation,
   d. Intensive Motivation und krankheitsspezifische Aufklärung des Versicherten zur Erhöhung der Therapieadhärenz z.B. mittels gemeinsam definierter Therapieziele.
   e. Zur Vermeidung von nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten verpflichten sich die teilnehmenden Ärzte zu einer engen Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, um die Möglichkeit der ambulanten Behandlung auszuschöpfen.

f. Erlangen der Kenntnisse über die jeweils genutzte Gesundheits-App, um diese gem. der Beschreibung des jeweiligen Versorgungsprogramms (gem. Anlagen 3) einsetzen zu können.
g. Die Verpflichtung zur Fortbildung nach § 3 Abs. 3a.

§ 6
Vergütung

1) Die Leistungen nach den Anlagen 3 werden nach Maßgabe der Anlage 1 vergütet. Weiteres zur Vergütung ist in der Anlage 1 geregelt. Die Vergütung von Leistungen nach diesem Vertrag ist ausgeschlossen, soweit dieselben Leistungen bereits im Rahmen eines anderen Selektivvertrages abgerechnet wurden.

2) Die Krankenkassen vergüten die Leistungen nach diesem Vertrag außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

3) Eine Bereinigung der Gesamtvergütung findet somit nicht statt, da durch diesen Vertrag insbesondere strukturelle Angebote gefördert werden, die eine Mehrleistung gegenüber der Regelversorgung darstellen. Die neben dem Vertrag notwendigen ärztlichen Leistungen der Regelversorgung können weiterhin vollständig nach dem EBM abgerechnet werden und bleiben hiervon unberührt.

§ 7
Aufgaben der KVH

1) Die KVH informiert die Ärzte in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages.

2) Die KVH erhält die Teilnahmeerklärungen der Ärzte, prüft die Teilnahmeberechtigung nach § 3 und führt hierzu ein Arztverzeichnis („Arztstamm“). Dieses Verzeichnis stellt die KVH der Krankenkasse quartalsweise auf elektronischem Wege zur Verfügung.

3) Die KVH leitet die Teilnahmeerklärung der Versicherten (im Original) am Ende des Quartals an die benannte Adresse weiter.

4) Die KVH informiert die teilnehmenden Ärzte unverzüglich über die teilnehmenden Krankenkassen durch Veröffentlichung desvon den vertragsschließenden Krankenkassen bereitgestellten Verzeichnisses (gem. Anlage 6).

§ 8
Aufgaben der Krankenkassen

1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in angemessener Form umfassend über Inhalt und Ziel des Vertrags zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen.

2) Die Krankenkasse prüft die Teilnahmeberechtigung der Versicherten nach § 4.

3) Die vertragsschließenden Krankenkassen erstellen nach § 2 Abs. 1 ein Verzeichnis (Anlage 6) über die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen und halten das Verzeichnis stets auf dem aktuellen Stand. Dieses wird der KVH in der aktuellsten Version bereitgestellt.

§ 9
Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVH

1) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.

2) Der Arzt rechnet seine Leistungen nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach der jeweils relevanten Anlage 3 für teilnehmende Versicherte unter Angabe der GOP gem. Anlage 1 über die KVH ab. Insoweit gelten die dafür einschlägigen Bestimmungen (z.B. § 295 SGB V) und insbesondere die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH in der jeweils gültigen Fassung.

3) Die KVH stellt arztseitig eine vertragskonforme Abwicklung und Auszahlung gem. den vorstehenden Absätzen sicher. Die KVH ist berechtigt, den Verwaltungskostenbeitrag nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung sowie weitere satzungsgemäße Abzüge bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.

4) Der Arzt erhält einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.

5) Im Falle der Beendigung der Teilnahme (z.B. durch Widerruf oder Kündigung) eines Versicherten besteht ein Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes für die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen bis zum Zeitpunkt des Zugangs eines Schreibens nach § 4 Abs. 6 oder Abs. 7.

6) Im Übrigen gelten die Regelungen des Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KVH in ihrer jeweils gültigen Fassung, soweit sich aus diesem Rahmenvertrag keine Abweichungen ergeben.

§ 10
Abrechnung zwischen der KVH und den Krankenkassen

1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der Abrechnung ärztlicher Leistungen nach § 295 SGB V.

2) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3 bis in Ebene 6) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KVH entsprechend.

3) Abrechenbar und vergütungsfähig sind die in Anlage 1 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Abrechnungsnummern, -zeiträumen und Vergütungshöhen.

4) Die KVH prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung unter Einschluss der Prüfung der Angabe einer relevanten Diagnose gem. Anlage 1. Die Abrechnungsprüfungs-Vereinbarung gem. § 106d Abs. 5 SGB V i.V.m. der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie gem. § 106d Abs. 6 SGB V gilt entsprechend.

5) Leistungen nach dieser Vereinbarung für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort außerhalb von Hamburg, werden über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KVH angefordert. Die Krankenkassen erklären ausdrücklich, dass sie berechtigte Forderungen anderer Kassenärztlichen Vereinigungen bedienen werden, die über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KVH für Leistungen nach dieser Vereinbarung bei den Versicherten der Krankenkassen mit Wohnort außerhalb von Hamburg angefordert werden.

§ 11
Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

1) Der Vertrag tritt zum 01.10.2021 in Kraft. Er ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.
2) Dieser Vertrag führt den Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) zwischen der KKH, HEK und der KV Hamburg vom 01.10.2019 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 01.07.2020 fort, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Ärzte und Versicherte, die bereits ihre Teilnahme am bisherigen VorsorgePus-Vertrag erklärt haben, nehmen auch an diesem fortgeführten Vertag teil, ohne dass es einer erneuten Teilnahmeerklärung bedarf.
3) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderquartals gekündigt werden. Soweit diese Kündigung nicht von der KVH ausgeht, besteht der Vertrag zwischen den übrigen Vertragsparteien unverändert fort.

4) Der Vertrag kann aus wichtigem Grund von jedem Vertragspartner ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
    a. die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen,
    b. die Leistungen, die Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, in erheblichem Umfange mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vorhabenzweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird oder
    c. die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag beanstandet.

5) Wird ein Versorgungsprogramm (gem. Anlagen 3) gekündigt, bleibt die allgemeine Gültigkeit des Rahmenvertrages erhalten. Die Kündigung erstreckt sich lediglich auf das spezifische Versorgungsprogramm. Die vertragsschließenden Krankenkassen informieren hierüber die KVH, welche die Information an die Ärzte weitergibt. Die Zustimmung zu der Änderung gilt mit Bekanntgabe als erteilt.

6) Wird der Vertrag von einer der vertragsschließenden Krankenkassen gekündigt, bleiben die Rechte und Pflichten bei den verbleibenden vertragsschließenden Krankenkassen unverändert und der Vertrag kann fortgeführt werden.

§ 12
Datenschutz

1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten alle geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften – insbesondere die der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), der Sozialgesetzbücher (SGB) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) – einzuhalten und nur die personenbezogenen Daten zu verarbeiten, deren Verarbeitung zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erforderlich ist.

2) Der jeweilige Vertragspartner ist für die sich im Rahmen seiner vertraglichen Aufgaben ergebende Datenverarbeitung verantwortlich. Die Mitarbeiter der Vertragspartner sind auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen zur Einhaltung des Datenschutzes sind zu treffen und nachzuhalten.

3) Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung ist dieser vor Abgabe seiner Einwilligungserklärung umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung aufzuklären. Die Transparenzverpflichtungen nach der EU-DSGVO gegenüber dem Versicherten sind von den Vertragspartnern zu erfüllen.

4) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung durch einen Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

5) Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des jeweils anderen Vertragspartners sind streng vertraulich zu behandeln und gegen Einsichtnahme Dritter zu schützen. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und zur Wahrung der Vertraulichkeit bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

§ 13
Vertragsänderungen

1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die KVH sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für alle Teilnehmer mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe des folgenden Abs. 2 zu ändern, insbesondere die Versorgung nach diesem Vertrag durch weitere Versorgungsprogramme zu ergänzen. Die beigetretenen Krankenkassen können den Änderungen widersprechen, wodurch eine weitere Teilnahme an dem Vertrag nicht möglich ist.

2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

3) Die KVH gibt den Ärzten Änderungen schriftlich bekannt. Ist der Arzt mit der Anpassung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme an dem Vertrag nach § 3 des Vertrages zu kündigen.

§14
Compliance und Antikorruption

1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, zusätzlich zu den bereits in diesem Vertrag aufgeführten Bestimmungen die jeweils für sie maßgeblichen und im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis stehenden gesetzlichen Regelungen einzuhalten. Dies betrifft insbesondere Anti-Korruptions- und Geldwäschegesetze, kartell-, wettbewerbsrechtliche und strafrechtliche Vorschriften (insbesondere Betrug, Untreue und Insolvenzstraftaten) sowie arbeits- und sozialrechtliche Vorschriften.

2) Bei einem Verstoß gegen vorstehenden Absatz kann dieser Vertrag nach den gesetzlichen Bestimmungen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außerordentlich gekündigt werden. Die Krankenkassen sind insbesondere zur außerordentlichen Kündigung berechtigt,

    a. wenn sich die Vertragspartner im Zuge der Begründung oder Durchführung des Schuldverhältnisses an unzulässigen Wettbewerbsbeschränkungen im Sinne des Strafgesetzbuches (StGB) oder des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) beteiligt haben. Dies umfasst insbesondere Vereinbarungen mit Dritten über die Abgabe oder Nichtabgabe von Angeboten, über zu fordernde Preise, über die Entrichtung einer Ausfallentschädigung (Gewinnbeteiligung oder sonstige Angaben) sowie über die Festlegung der Empfehlung von Preisen oder
    b. wenn die Vertragspartner nachweislich eine ihre Zuverlässigkeit in Frage stellende schwere Verfehlung begangen haben, die nach den maßgeblichen vergaberechtlichen Bestimmungen ihren Ausschluss vom Wettbewerb rechtfertigen. Eine schwere Verfehlung ist insbesondere die Gewährung von Vorteilen im Sinne der §§ 333, 334 StGB.

§ 15
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine dem Willen der Vertragspartner sowie dem Sinn und Zweck dieses Vertrags entsprechende Regelung treten. Die Vertragspartner regeln dies einvernehmlich.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Hamburg, den

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Hannover, den

HEK – Hanseatische Krankenkasse

Hamburg, den

Techniker Krankenkasse – TK

Hamburg, den

Anlage 1: Vergütungsübersicht

Für die Leistungen gem. den Anlagen 3 dieses Vertrages, erhält der Arzt nachfolgende Vergütungen:

Anlage 3.1:
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz

GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93370	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	die Teilnahme erfolgt nach Wunsch bei Versicherten ab 75 Jahren, bei welchen keine Demenz bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt: • KHK (I25.-) • Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-) • Niereninsuffizienz (N18.-/ N19) • Herzinsuffizienz (I50.-, I11.0-, I13.0-, I13.2-) • COPD (J44.-) • Parkinson (G20.-, G21.-) • Leichte kognitive Störung (F06.7) • Senilität (R54) • Verwirrtheitszustand (R41.0) • Organische psychische Störung ohne nähere Angabe (F06.9) • Depressive Episode nicht näher bezeichnet (F32.9) • Hypothyreose (E03.-) • Exsikkose (E86) • Zerebrale Atherosklerose (I67.2) • Folgen eines Hirninfarkts (I69.3) • Folgen eines Schlaganfalls (I69.4) *Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Demenz (F00.-, F01.-, F02.- oder F03).
93371	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall	Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine Demenz (F00.-, F01.-, F02.-, F03) diagnostiziert wurde. Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

Anlage 1: Vergütungsübersicht

Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer Arthrose des Hüft- und Kniegelenks				
GOP	**Leistung**	**Vergütung**	**Frequenz**	**Abrechnungsvoraussetzungen**
93372	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Teilnehmen können Versicherte ab 45 Jahren, bei welchen noch keine Arthrose des Hüft- oder Kniegelenks bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen gesichert vorliegt: • Gelenkschmerzen im Hüft- oder Kniegelenk (M25.50, M25.55, M25.56, M25.59) • Stoffwechselstörungen wie Hyperurikämie (E79.0), Gicht (M10.-) oder Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) • Adipositas (E66.-) • Varus- oder Valgusfehlstellung des Hüft- bzw. Kniegelenks (M21.15, M21.05, M21.16, M21.06) *Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Hüft- oder Kniegelenksarthrose (M16.-, M17.-).
93373	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine Arthrose des Hüft- und/oder Kniegelenks (M16.-, M17.-) diagnostiziert wurde. Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

Anlage 1: Vergütungsübersicht

Anlage 3.3:
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz

GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93374	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Teilnehmen können Versicherte, bei denen eine Herzinsuffizienz bekannt* ist und keine Diagnose eines Eisenmangels (E61.1) in den letzten 6 Monaten vorliegt. *Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Herzinsuffizienz (I.50.-, I13.0-, I13.2-, I11.0-).
93375	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	Versicherte mit gesicherter Herzinsuffizienz (I50.-, I13.0-, I13.2-, I11.0-), bei welchen im Rahmen der Früherkennung ein Eisenmangel (E61.1) diagnostiziert wurde. Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

Anlage 3.4:
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93376	Durchführung Früherkennung	20€	Einmal im Krankheitsfall	Teilnehmen können Versicherte, bei welchen keine chronisch respiratorische Insuffizienz bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt: • gesicherte COPD Diagnose Grad III oder IV (J44.00, J44.01, J44.10, J44.11, J44.80, J44.81, J44.90, J44.91) *Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer chronisch respiratorischen Insuffizienz (J96.1-)
93377	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine chronisch respiratorischen Insuffizienz (J96.1-) diagnostiziert wurde. Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

Anlage 1: Vergütungsübersicht

Anlage 3.5:
Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93378	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Teilnehmen können Versicherte, bei welchen keine pAVK bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt: • Diagnose einer I73.9, I70.0, I70.1, I70.8, I70.9. • Oder Diagnose einer I25.0, I25.1-, I25.3, I25.4, I25.6, I25.8, I25.9, E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.- oder I10.-, die zum Zeitpunkt des Screenings das 50 Lebensjahr vollendet haben • männliche Raucher ab dem 60. Lebensjahr. *Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer stadienspezifische pAVK (I70.2-).
93379	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine stadienspezifische pAVK (I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25, I70.26) diagnostiziert wurde. Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

Anlage 1: Vergütungsübersicht

Anlage 3.6:
Versorgungsprogramm zur Früherkennung und spezifischen Behandlung von COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale

GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93380	Durchführung Früherkennung	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Teilnehmen können Versicherte ab dem 40. Lebensjahr, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind und bei denen noch keine behandelte COPD bekannt ist*: • Diagnose Asthma bronchiale (J45.-) *Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer COPD (J44.-).
93381	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall.	Diagnose einer COPD (J44.-) im Rahmen der Früherkennung des Versorgungsprogramms. Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

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

HEK
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Bitte übermitteln Sie die Teilnahmeerklärung im Original an die KV Hamburg.

Vertrag der HEK mit der KV Hamburg zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

1. Teilnahmeerklärung für die „Besondere Versorgung" nach § 140a SGB V

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem oben genannten Vertrag teilnehmen werde und ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde. Mir wurde eine Kopie dieser Erklärung und die „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" ausgehändigt. Mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bin ich einverstanden. Die Teilnahme ist freiwillig und mir entstehen dadurch keine Nachteile.

Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung. Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme kann ich nach Ablauf der 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Unabhängig davon besteht das jederzeitige Recht auf außerordentliche Kündigung. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen der Vereinbarung durch Leistungserbringer erbracht werden, die an diesem Modell der besonderen Versorgung teilnehmen.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:

Meine Erklärung zur Teilnahme am oben genannten Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der HEK - Hanseatische Krankenkasse (Wandsbeker Zollstraße 86 – 90, 22041 Hamburg) ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die HEK mir diese Belehrung (Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung), über das Widerrufsrecht mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme beendet. Leistungen aus dieser besonderen Versorgung können nicht mehr in Anspruch genommen werden.

.....

Ort, Datum — Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

2. Datenfreigabeerklärung für die „Besondere Versorgung" nach § 140a SGB V

Durch die „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" wurde ich über die Verarbeitung meiner Daten aufgeklärt und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden, sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.
Ich habe jederzeit das Recht der Verarbeitung meiner Daten gegenüber der HEK mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, was mit einer Beendigung der Versorgung einhergeht. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierbei nicht. Die Verarbeitung der Daten bleibt bis zum Widerruf rechtmäßig. Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung zur Datenfreigabeerklärung nicht am Versorgungsprogramm teilnehmen kann.

.....

Ort, Datum — Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

.....

Ort, Datum — Unterschrift Arzt / Stempel der Praxis

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

KKH Kaufmännische Krankenkasse

Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

Vertrag nach §140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

Vertragskennzeichen:

121022KK002

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung im Original an die KV Hamburg.

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 die daran beteiligten Leistungserbringer* informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer* bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer* 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 KKH widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der Versicherteninformation.

Eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme nach Ende der Widerrufsfrist kann aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. Meine Teilnahme kann ich zusätzlich nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der KKH 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.**

Stand: 11/2022

*Die Bezeichnung „Leistungserbringer“ umfasst Personen und -gruppen oder eine Institution, die Gesundheitsleistungen erbringen. Leistungserbringer sind z. B. Ärzte und Zahnärzte, Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.v.m.

Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten der Krankenkassen – spätestens nach 10 Jahren – gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Widerrufsmöglichkeit

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner KKH widerrufen (Kontaktdaten siehe Versicherteninformation). Die freiwillige Einwilligung zur Verwendung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Für die Behandlung anderer Erkrankungen kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch nehmen.

3. Patientenbefragung

Um die Qualität dieser besonderen Versorgung weiter zu verbessern, werden nach Abschluss der Behandlung ggf. Patientenbefragungen durchgeführt. Mir entstehen keinerlei Nachteile, wenn ich nicht daran 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 anonymisiert.

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

☐ Nein, ich möchte nicht an einer Patientenbefragung teilnehmen.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (1.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (2.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Datum	Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) oder des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)

Vom einschreibenden Leistungserbringer* auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten / gesetzliche Vertreterin oder gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Datum	Unterschrift, Stempel

Stand: 11/2022

Versicherteninformation

1. Informationen zur Teilnahme an der besonderen Versorgung

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Das reguläre Behandlungsende sowie die Fristen zur Beendigung Ihrer Teilnahme können Sie dem Informationsblatt zum Angebot entnehmen.

Sie können Ihre Teilnahme 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 Leistungserbringer* ist gestört.
- Sie können Ihren Leistungserbringer* aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Zusätzlich haben Sie das vertragliche Recht auf eine Kündigung. Die Kündigung kann frühestens nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen bis zum Quartalsende erfolgen.

Bitte senden Sie Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch in Textform an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH Servicestelle.

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an die Leistungserbringer* gebunden. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, wenn Sie sich nicht an diese Bindung halten. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern*, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, können Sie mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen. Die Bindung an die Leistungserbringer* gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen oder durch Ihren behandelnden Leistungserbringer* an einen anderen Leistungserbringer* 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.

2. Informationen zum Datenschutz

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, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten 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, dass für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

*Die Bezeichnung „Leistungserbringer“ umfasst Personen und -gruppen oder eine Institution, die Gesundheitsleistungen erbringen. Leistungserbringer sind z. B. Ärzte und Zahnärzte, Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.v.m.

Datenverarbeitung zur medizinischen Dokumentation / Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer* einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Leistungserbringer* können sie abrufen und nutzen. Alle beteiligten Leistungserbringer* unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Dadurch können sich alle beteiligten Leistungserbringer* gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre KKH hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

Qualitätssicherung

Ihre KKH 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

Die Leistungserbringer* übermitteln Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an die KKH. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert. Zur Übermittlung bedient sich der Leistungserbringer* eines Dienstleisters: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg. Die KKH tauscht sich mit dem Leistungserbringer* oder dem Dienstleister über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

Datenverarbeitung für Abrechnungszwecke

Die Leistungserbringer* beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere separate Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Dienstleister ist: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg. Dass Sie mit der Übermittlung Ihrer personen- und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift auf Ihrer Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung.

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 der KKH folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben gemäß EU-DSGVO jederzeit das Recht, Ihre Daten 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 der KKH für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 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 10 Jahre nach Teilnahmeende. 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 folgende Adresse: KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an: service@kkh.de.

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.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn oder poststelle@bfdi.bund.de.

Bei Fragen zur Datenverarbeitung können Sie sich an Ihre KKH Servicestelle oder an den Datenschutzbeauftragten der KKH wenden: KKH Kaufmännische Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: datenschutz@kkh.de. Wir helfen Ihnen gern weiter.

Stand: 11/2022

SV

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Bitte übermitteln Sie die Teilnahmeerklärung im Original an die KV Hamburg

Die Techniker

502048

VorsorgePlus: Besser leben mit chronischer Erkrankung in Hamburg

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zum Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der umseitigen "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung" und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an die Techniker Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten der Techniker Krankenkasse finde ich in der "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung".

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme kann ich nach Ablauf der 12 Monate mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Unabhängig davon besteht das jederzeitige Recht auf außerordentliche Kündigung. In der umseitigen "Versicherteninformation" wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der umseitig beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht**, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln:
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. umseitig genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. umseitig genannte Fax- und E-Mail-Angaben). Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters (bis einschließlich Alter 14 des Versicherten oder bei dessen Betreuung)

Stempel der medizinischen Einrichtung

Anlage 2 _ TE_140a_V6_012020_

TNE

Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung

I. Informationen zur Teilnahme

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung.
Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, schriftlich (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München), elektronisch (E-Mail an service@tk.de oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse.

Bindungsfrist und Gründe für eine Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende (vgl. Konkretisierung in der Information zu diesem Versorgungsangebot) an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Die Teilnahme kann nach Ablauf der 12 Monate mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn Sie z. B. kein Vertrauen mehr in die Behandlungsmethode haben oder Ihr Vertrauensverhältnis zu den Sie behandelnden Leistungserbringern gestört ist. Ein solcher Grund liegt ebenfalls vor, wenn Ihre Leistungserbringer für Sie aufgrund eines Wohnortwechsels nicht erreichbar sind, da die neue Entfernung für Sie unzumutbar wäre. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, senden Sie uns Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief, Fax oder E-Mail).

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

II. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf www.tk.de unter der Suchnummer 2019572. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: datenschutz@tk.de.

Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

Soweit Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.

Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10).

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der Techniker Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb prüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit pseudonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig eingehalten.

Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. In der Teilnahmeerklärung steht, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten an die Abrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern unter Tel. 0800 - 285 85 85. Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihren Leistungserbringern und auf tk.de.

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

Netznummer 286

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse.

Erklärung zur Teilnahme am Vertrag nach §140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen

VorsorgePlus

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung im Original an die KV Hamburg

Ich bestätige, dass für die vorgenannte versicherte Person die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass die/der Versicherte zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der besonderen Versorgung bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J Stempel der einschreibenden Stelle Unterschrift der einschreibenden Stelle

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 ab dem Zeitpunkt Ihrer Unterschrift für die Dauer von 12 Monaten an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Sie können Ihre Teilnahme jedoch 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 ärztliche Hilfe oder einen Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

Sollten Sie entgegen den vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer für vertragsgegenständliche 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 wegen der gleichen Indikation an einem anderen Vertrag zur besonderen Versorgung oder Modellvorhaben bzw. Innovationsfondsprojekt der Krankenkasse 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 Versorgungsangebots informiert wurde, mir die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ meiner Krankenkasse zu diesem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich auch den dortigen Inhalt und den vorstehenden Informationen zu 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 beigefügt) 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 Ärztinnen und Ärzte sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeitende 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 Ärztinnen und Ärzte sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeitende 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 ggfs. um beteiligte Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Leistungserbringer sowie externe Abrechnungsstellen. Selbstverständlich sind auch externe Abrechnungsstellen (gemäß DSGVO und BDSG) zur Verschwiegenheit und zur Zweckbindung der Datenverwendung sowie zum Datenschutz und zu Datensicherheitsmaßnahmen verpflichtet.

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

Bitte das heutige Datum eintragen Unterschrift der teilnehmenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

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

Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung (VorsorgePlus)

Informationen zur Teilnahme
Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

So können Sie teilnehmen
Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen
Ihre Erklärung können sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, schriftlich, elektronische oder zur Niederschrift bei der AOK Rheinland/Hamburg.

Bindungsfrist und Gründe für eine Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist
Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende (vgl. Konkretisierung in der Information zu diesem Versorgungsangebot) an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Die Teilnahme kann nach Ablauf der 12 Monate mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn Sie z. B. kein Vertrauen mehr in die Behandlungsmethode haben oder Ihr Vertrauensverhältnis zu den Sie behandelnden Leistungserbringern gestört ist. Ein solcher Grund liegt ebenfalls vor, wenn Ihre Leistungserbringer für Sie aufgrund eines Wohnortwechsels nicht erreichbar sind, da die neue Entfernung für Sie unzumutbar wäre. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, senden Sie uns Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief, Fax oder E-Mail).

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten
Die AOK Rheinland/Hamburg behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der AOK Rheinland/Hamburg 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. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt. Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen
Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer 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.

Datenschutz

Welche Daten werden von Ihnen benötigt?

Die Kooperation zwischen Ihrer Krankenkasse und den weiteren Vertragspartnern, z. B. Ärztinnen, Ärzten und Krankenhäusern, ermöglicht eine Abstimmung der einzelnen Behandlungsprozesse, um einen reibungslosen Ablauf und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu garantieren. Hierfür ist die nachfolgend beschriebene Datenverarbeitung erforderlich und eine Voraussetzung für Ihre Teilnahme. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften – insbesondere die Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (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 Mitarbeitende Zugriff auf Ihre Daten.

1. Daten bei unseren Vertragspartnern

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (bspw. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihren behandelnden Leistungserbringern hinterlegt sind, werden (abgesehen von der datenschutzkonformen Abrechnung) nur von den Vertragspartnern und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die von den Vertragspartnern gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Bei Fragen zu dieser Datenverarbeitung wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Leistungserbringer.

Es ist vorgesehen, dass die erhobenen Daten in anonymisierter/pseudonymisierter Form, d. h. ohne, dass ein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist, zu Zwecken der wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung zur Verbesserung der Versorgungssituation der gesetzlich Krankenversicherten durch die Vertragspartner oder durch von diesen beauftragte und strikt dem Datenschutz unterworfene Sachverständige verwendet werden.

Zur Überprüfung der Ergebnisse der Behandlung wird, die im Rahmen der besonderen Versorgung eingesetzte Dokumentation von Ihren behandelnden Leistungserbringern an Ihre Krankenkasse übermittelt und ausgewertet. Ebenfalls erhält Ihre Krankenkasse die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Daten. Eine datenschutzkonforme Abrechnung wird sichergestellt. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß §§ 295, 295a, 301 und 302 SGB V über die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. deren externe Abrechnungsstelle oder direkt zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse bzw. über externe Abrechnungsstellen der Leistungserbringer. Sofern die Abrechnung durch eine externe Abrechnungsstelle erfolgt, wird das Nähere zur Durchführung der Abrechnung, der Zweckbindung der Datenverwendung, zur Verschwiegenheit und zu Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen in einem gesonderten Vertrag zwischen den Leistungserbringern und der externen Abrechnungsstelle geregelt.

2. Daten bei Ihrer Krankenkasse

Ihre Krankenkasse und die Vertragspartner möchten Ihnen mit diesem Angebot eine besondere Versorgung zukommen lassen. Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt Ihre Krankenkasse Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten mit Diagnosen, 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). Darüber hinaus werden die von Ihrer Krankenkasse im Falle einer Teilnahme am Programm für chronisch Erkrankte [Disease-Management-Programm (DMP)] gespeicherten Daten ebenfalls zur Überprüfung der Versorgungsqualität genutzt.

Die Daten bei Ihrer Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verb. mit § 140a SGB V erhoben und gespeichert und im Rahmen weiterer gesetzlicher Aufgaben, wie z. B. der Abrechnungsprüfung genutzt. Ihre Krankenkasse ist für diese Datenverarbeitung verantwortlich. Empfangsberechtigt können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleistende 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 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO i. V. m § 84 SGB X)
- das Widerspruchsrecht (Art. 21 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/dem 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 für den Datenschutz beauftragte Person: AOK Rheinland/Hamburg, 40466 Düsseldorf, datenschutz@rh.aok.de.

3. Wissenschaftliche Begleitung/Auswertung durch Sachverständige

Im Falle einer wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung werden die Daten aus der Dokumentation sowie die gefilterten Leistungs-, Abrechnungsdaten und DMP-Daten Ihrer Krankenkasse von Sachverständigen ausgewertet. Hierzu werden die Daten für den Zeitraum von einem Jahr vor der Einschreibung bis zu max. fünf Jahren nach Beendigung der Teilnahme genutzt.

Um den Datenschutz sicherzustellen, wird vor dieser Begleitung/Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören. Die Daten werden pseudonymisiert oder wenn möglich anonymisiert. Die wissenschaftliche Begleitung/Auswertung überprüft, ob und wie die besondere Versorgung von den beteiligten Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten angenommen wird und ob und wie die besondere Versorgung sich auf die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.

Anlage 2.1: Information zur Teilnahmeerklärung in elektronischer Form

1. Anlage 2.1

Information zur Teilnahmeerklärung in elektronischer Form

Die elektronische Teilnahmeerklärung ist eine gesetzlich vorgesehene Option für Versicherte.

Prozessablauf

2. Die von der TK bereitzustellende papierne Teilnahmeerklärung, mit der der einschreibenden Leistungserbringer parallel weiterhin auszustatten ist, enthält einen vertragsbezogenen QR-Code.
3. Der Vertragspartner stellt dem Versicherten den QR-Code so bereit, dass der Code mit seinem Smartphone gescannt werden kann. Der Versicherte gelangt dadurch zu einem von der TK online hinterlegten Einschreibungsformular. Alternativ kann der Versicherte die Einschreibungsseite direkt über ein Tablet der einschreibenden Praxis öffnen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Praxis ein Tablet bereitstellt und die vertragsbezogene Adresse der TK-Einschreibungsseite dort hinterlegt hat.
4. Nach Eingabe seiner Personalien und der Versicherungsnummer klickt der Versicherte auf "Weiter", wodurch im TK-System geprüft wird, ob eine Versicherung mit Leistungsanspruch nach § 140a SGB V besteht und ob die vertragsspezifischen Voraussetzungen (ggf. Alter oder Geschlecht) erfüllt sind.
5. Falls die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht erfüllt sind, wird dem Versicherten von der TK angezeigt, dass der "Service aktuell nicht genutzt werden kann"; aus Datenschutzgründen werden in der Meldung keine Details, dafür aber die Tel.-Service-Nummer der TK angegeben. Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, öffnet sich automatisch eine Seite mit einem Zustimmungskästchen für die online-Teilnahme-Erklärung. Die allgemeine Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung und die Vertragsinformation sind im Zustimmungsformular verlinkt und damit online zugänglich.
6. Nachdem der Versicherte den Zustimmungshaken gesetzt und mit "Fertig" bestätigt hat, erhält er online von der TK die Teilnahmebestätigung und kann sich das Zusammenfassungs-Dokument als PDF herunterladen. Der Versicherte informiert den Arzt über die Teilnahmebestätigung.
7. Im TK-System wird automatisch ein Fall angelegt.

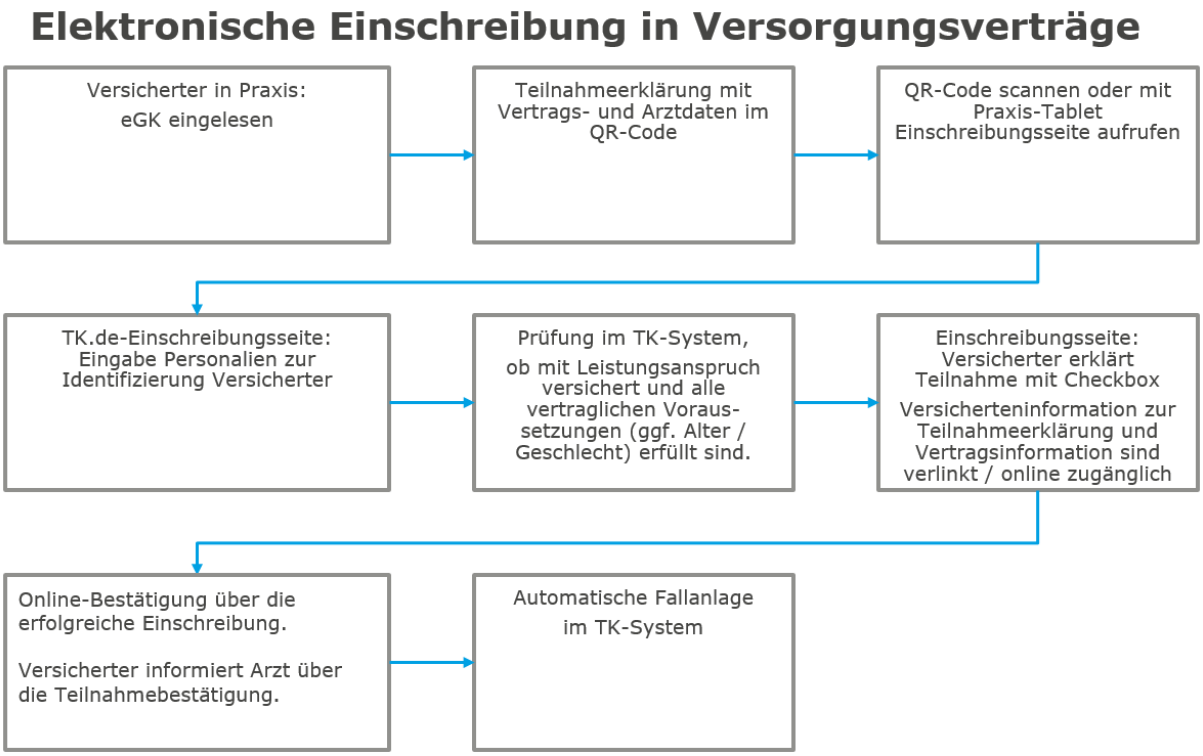
Voraussetzungen

- Der jeweils einschreibende Leistungserbringer des Vertrags ist mit Teilnahmeerklärungen mit QR-Code ausgestattet. Falls die Praxis ein Tablet einsetzt, mit dem ein entsprechender Zugang zur online-Einschreibungsseite erfolgen soll, ist TK-seitig die Adresse der vertragsbezogenen Einschreibungsseite auf TK.de mitzuteilen.

Prozessübersicht

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlage(n) ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung der TK ist untersagt.

Anlage 2.1: Information zur Teilnahmeerklärung in elektronischer Form



Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlage(n) ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung der TK ist untersagt.

VorsorgePlus: Besser leben mit chronischer Erkrankung in Hamburg

Unser Behandlungsangebot VorsorgePlus bietet Menschen mit chronischen Krankheiten gezielte Untersuchungen auf mögliche Begleiterkrankungen und Folge-Erscheinungen. Ein frühzeitiges Gegensteuern hilft Ihnen, Ihre Erkrankung besser im Griff zu haben.

Das Wichtigste in Kürze:

- Erkrankungsbereich: Arthrose, Herzinsuffizienz, COPD, pAVK, Asthma und Demenz
- Therapien: Erhebung des aktuellen Gesundheitszustandes sowie die Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen; bei positivem Befund schließt sich eine kontinuierliche Weiterbetreuung an
- Behandlungsregion: Hamburg
- Zugangsmöglichkeit: bundesweit

Bitte beachten Sie, dass für die Übernahme der Fahrkosten die gesetzliche Regelung gilt.

Details zur Behandlung

Werden Begleiterkrankungen und Folge-Erscheinungen frühzeitig erkannt und behandelt, kann das Fortschreiten einer chronischen Erkrankung häufig verhindert oder verlangsamt werden.

In unserem Angebot VorsorgePlus macht sich Ihr Arzt oder Ihre Ärztin ein Bild über Ihren aktuellen Gesundheitszustand und eventuelle behandlungsbedürftige Befunde. Für die Planung einer individuellen Therapie tauschen Sie sich mit Ihrem Arzt über die verschiedenen Behandlungsoptionen und Ihre Lebenssituation aus. Ihre Ärztin oder ihr Arzt kann so gemeinsam mit Ihnen die am besten geeigneten Maßnahmen festlegen, um Ihnen das Leben mit Ihrer Erkrankung zu erleichtern. Dabei können möglicherweise auch digitale Helfer wie Trainings- oder Tagebuch-Apps eingesetzt werden.

Über einen Zeitraum von zwei Jahren ist in jedem Quartal eine Nachuntersuchung vorgesehen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Begleiterkrankungen werden frühzeitig erkrankt.
- Ihre Lebensqualität steigt.
- Sie erfahren, wie Sie Folge-Erkrankungen vorbeugen können.
- Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin über die nächsten Behandlungsschritte.
- Sie werden über einen Zeitraum von zwei Jahren kontinuierlich weiterbetreut.
- Bei Bedarf können digitale Therapiebegleiter wie etwa Tagebuch- oder Trainings-Apps mit in die Behandlung einbezogen werden.

So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag teilnehmenden Praxis unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück. Wenn sie bei der TK versichert sind besteht die Möglichkeit, dass Sie sich alternativ in der Praxis über Ihr Smartphone oder ein Tablet durch Scannen eines QR-Codes auf der Teilnahmeerklärung elektronisch in den Vertrag einschreiben.

Bindungsfrist

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss der letzten Nachuntersuchung.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

TK-ServiceTeam
0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Fragen zum Behandlungsangebot

Unsere Spezialisten vom TK-PatientenService beraten Sie gern:

Tel. 040 - 46 06 62 01 70
Mo. - Do. 8 - 18 Uhr
Fr. 8 - 16 Uhr

HEK Service-Team
0800 0213213 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Fragen zum Behandlungsangebot
Sie haben Fragen zum Produkt, dann berät Sie unser Serviceteam gern unter unserer kostenlosen 24h Service-Hotline, per Mail oder per Live-Chat.

KKH-Service-Hotline
0800 - 554 864 0554 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands)

Fragen zum Behandlungsangebot

Weitere Informationen zu dem Angebot erhalten sie bei ihrer KKH-Servicestelle. Unsere Spezialisten beraten Sie gern vor Ort, per Mail oder am Telefon.

AOK Rheinland/Hamburg
0211 – 819 50000 (24 Stunden erreichbar)

Fragen zum Behandlungsangebot

Weitere Informationen zu dem Angebot erhalten Sie bei Ihrer AOK-Geschäftsstelle. Unsere Spezialisten beraten Sie gerne vor Ort, per Mail oder am Telefon.

Anlage 3: Übergreifende Versorgungsangebote

I. Präambel

Seit Jahren ist zu beobachten, dass die Bedürfnisse, Wünsche und Gedanken der Versicherten immer häufiger in den Versorgungsalltag miteinfließen. Sich ändernde Lebensumstände und leichterer Zugang zu Informationen führen dazu, dass sich die Rolle des Versicherten im Kontext der Versorgung stark gewandelt hat. Um diesem Trend gerecht zu werden und gleichermaßen die (digitale) Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken implementiert dieser Vertrag mit dem Shared Decision Making (SDM) und der gezielten Anwendung digitaler Angebote zwei innovative Versorgungsinstrumente.

II. Shared Decision Making

Shared Decision Making (SDM) oder partizipative Entscheidungsfindung ist ein Modell der Entscheidungsfindung im klinischen Kontext, gemäß welchem Arzt und Patient evtl. unter Einbezug des sozialen Umfelds aktiv Informationen austauschen, verschiedene Behandlungsoptionen abwägen und partnerschaftlich Entscheidungen fällen. Der behandelnde Arzt bleibt weiterhin der Experte und unterstützt den Patienten bei der medizinischen Entscheidungsfindung und bezieht dabei die Wünsche, Lebenssituation und Werte des Patienten mit ein. Shared Decision Making (SDM) erhöht das Wissen der Patienten über die Erkrankung, fördert deren aktiven Einbezug und hilft ihnen, Präferenzen zu reflektieren.

Zur Umsetzungen des SDM stellen die teilnehmenden Kassen einen strukturierten Leitfaden für die Praxen zur Verfügung (Anlage 3.7). Dieser ist für die Ärzte auf dem Internetauftritt der KV Hamburg abrufbar und bietet Vorschläge zur Vorbereitung des Patientengespräches und einen Leitfaden für ein Patientengespräch im Sinne des SDM.

III. Gesundheits-Apps und Webanwendungen

Das Thema der Digitalisierung gewinnt immer mehr an Bedeutung im deutschen Gesundheitssystem. Apps und Webanwendungen finden vermehrt Anwendung in der Therapiebegleitung bei chronischen Erkrankungen. Neben Funktionen wie der Medikamentendokumentation und Informationen zu bestimmten Erkrankungsbildern werden gezielt Übungen für die jeweilige Erkrankung zur Verfügung gestellt, die Einfluss auf den Therapieverlauf und die Alltagsbewältigung der Patienten haben. Da das Angebot an Apps und Webanwendungen mit aktuell über 100 000 verfügbaren Anwendungen sehr groß ist, bieten die Kassen in diesem Vertrag einen Überblick über die für die enthaltenen Versorgungsprogramme geeigneten Angebote an. Diese werden nach bestimmten Kriterien ausgewählt und turnusmäßig durch Mediziner und Experten für Digitalisierung sondiert und angepasst. Die Ergebnisse werden in einem Katalog auf Seite der KVHH dargestellt und stehen dort für die Ärzte zur Verfügung.

Grundsätzlich gilt dabei, dass benannte Apps als Therapiebegleitung zu verstehen sind und der Katalog keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat. Ärzten steht frei den Patienten auch Apps zur Therapiebegleitung anzubieten, die nicht in dem Katalog aufgeführt sind.

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz

I. Präambel

Demenzerkrankungen (nachfolgend als Demenz bezeichnet) gehören zu den häufigsten neuropsychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter und gehen mit erheblichen Belastungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen einher. Schätzungsweise leiden in Deutschland über 1,6 Millionen Menschen an einer Demenz. Ab dem 75. Lebensjahr liegt die Prävalenz der Demenz bereits über 8%.
Erkrankte verlieren im Verlauf der Demenz ihre Merkfähigkeit, Gedächtnisleistungen und die während des Lebens erlernten Fertigkeiten und Fähigkeiten, sodass Sie zuletzt nicht mehr zur eigenständigen Lebensführung fähig sind. Dies führt zu einer erheblichen Belastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.
In Deutschland erfolgt die Behandlung von Demenzerkrankten zu über 90% durch ihren Hausarzt. Insbesondere die langjährige Kenntnis der Patienten und ihres Umfeldes erlaubt es dem Hausarzt, eine gute Einschätzung etwaiger kognitiver Verschlechterungen vorzunehmen.
Dennoch führen der schleichende Erkrankungsbeginn, die fälschliche Zuordnung der Demenzsymptome zu Begleiterkrankungen oder dem Patientenalter, das selten eigenständige Ansprechen beginnender kognitiver Einschränkungen durch die Patienten, sowie Unsicherheit hinsichtlich der Demenzdiagnostik von Seiten des Hausarztes dazu, dass Demenzerkrankungen in der hausärztlichen Regelversorgung häufig unterversorgt oder unerkannt bleiben.
Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es daher, die notwendigen Bedingungen für die Frühwahrnehmung und die Nachsorge hinsichtlich einer Demenz in der hausärztlichen Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig die dafür notwendige hausärztliche diagnostische und therapeutische Kompetenz durch die Nutzung von Weiterbildungsmöglichkeiten zu sichern.
Dies bietet den Patienten zahlreiche Vorteile. So lindert ein offener und verständnisvoller Umgang mit den demenzbedingten Symptomen sowie deren Auswirkungen auf den Alltag den Leidensdruck der Patienten. Auch der Erkrankungsverlauf der Demenz kann durch frühzeitige medikamentöse und nicht-medikamentöse Interventionen günstig beeinflusst werden.
Demenzkranke mit chronischen Begleiterkrankungen sind durch die Demenz und deren Auswirkungen auf Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistung besonders gefährdet. Durch die intensivierte hausärztliche Betreuung soll den negativen demenzbedingten Auswirkungen auf bestehende chronische Erkrankungen entgegengewirkt werden. Sofern es möglich ist, sollen gemeinsam Therapieschritte im Sinne des Shared Decision Making mit den Patienten und/oder deren Angehörigen festgelegt werden. Die Nutzung von Gesundheits-Apps/Online-Therapien von Patienten sowie deren Angehöriger in frühen Phasen der Erkrankung soll zur Verbesserung der Therapieadhärenz beitragen und eine möglichst lange Selbständigkeit der Patienten ermöglichen.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Die Teilnahme erfolgt nach Wunsch bei Versicherten ab 75 Jahren, bei welchen keine Demenz bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegt:

- KHK I25.-
- Diabetes Mellitus E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-
- Niereninsuffizienz N18.- / N19
- Herzinsuffizienz I50.-, I11.0-, I13.0-, I13.2-
- COPD J44.-
- Parkinson G20.-, G21.-
- Leichte kognitive Störung F06.7
- Senilität R54
- Verwirrtheitszustand R41.0

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz

- Organische psychische Störung ohne nähere Angabe F06.9
- Depressive Episode nicht näher bezeichnet F32.9
- Hypothyreose E03.-
- Exsikkose E86
- Zerebrale Atherosklerose I67.2
- Folgen eines Hirninfarkts I69.3
- Folgen eines Schlaganfalls I69.4

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Demenz (F00.-, F01.-, F02.- oder F03).

b) Umsetzungsinhalte

- Um eine hohe Diagnosesicherheit zu gewährleisten, hat sich der behandelnde Hausarzt hinsichtlich der Demenzerkrankung und ihrer Diagnostik weiterzubilden. Hierfür sollen Informationsangebote der führenden Selbsthilfeorganisationen (z.B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft o.Ä.) sowie durch Fachgesellschaften angebotene Weiterbildungsveranstaltungen genutzt werden. § 3 Abs. 3 Buchstabe a des Rahmenvertrages bleibt hiervon unberührt.
- Die Früherkennung der Demenz soll nach den Vorgaben der S3-Leitline „Demenzen“ in der aktuellsten Fassung erfolgen. Der Arzt soll bei der Anamnese hierbei besonders vorsichtig und einfühlsam das Vorliegen einer Demenz erörtern.
- Bei Verdacht auf eine Demenz im Rahmen der Anamnese soll zur Objektivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit ein valider, von der Leitlinie empfohlener Fragebogen bzw. Tests zur Anwendung kommen (z.B. MMST, DemTect, TFDD, MoCA).
- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine Demenz (F00.-, F01.-, F02.-, F03) diagnostiziert wurde.
- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

b) Umsetzungsinhalte

- Der Arzt soll einen positiven Einfluss auf bestehende Risikofaktoren zur Verschlechterung der Demenz nehmen. Körperliche Aktivität soll als protektiver Faktor für den Erkrankungsverlauf thematisiert und aktivitätsfördernde Maßnahmen nahegelegt werden. Eine ausgewogene und gesunde Ernährung wie z.B. eine mediterrane Diät soll dem Versicherten erläutert und aufgrund ihrer positiven Wirkung empfohlen werden. Ein gegebenenfalls bestehender Nikotinabusus soll aufgrund des negativen Einflusses auf die Erkrankungsprogression thematisiert und von einem weiteren Konsum abgeraten werden.
- Es ist sinnvoll Angehörige oder vertraute Personen in die Therapieentscheidung frühzeitig einzubeziehen, wenn der Versicherte zuvor den Hausarzt gegenüber dem Angehörigen oder der vertrauten Person schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat. Einen Vordruck für eine Schweigepflichtentbindung liegt diesem Vertrag als Muster bei.

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz

- Dieser frühzeitige Einbezug von Angehörigen oder vertrauten Personen soll regelhaft mit dem Versicherten kommuniziert werden. Hierzu soll ein ausführliches Gespräch durch den Arzt geführt werden.

- Um ein besseres Erkrankungsverständnis und eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden und sich dadurch eine ausreichende Zeit für die Beratung nehmen:

    - Es werden verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen aufgezeigt. Dabei achtet der Arzt darauf, dass die verschiedenen Optionen vollständig gezeigt, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt werden.
    - Dadurch soll ausreichendes Wissen über die Krankheit erlangt werden, sodass die präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt erfolgen kann.

- Im Rahmen der intensivierten Beratung des Betroffenen und ggf. der Angehörigen kann zielgruppengerecht und laienverständlich die Möglichkeiten der Unterstützung durch Gesundheits-Apps erörtert werden (siehe auch folgenden Abschnitt „IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien“). In den Nachsorgeterminen können die Erfolge und Ausbaumöglichkeiten der digital gestützten Betreuung des Versicherten durch die Angehörigen erörtert werden. Insbesondere besteht dadurch die Möglichkeit auf die mit der Erkrankung einhergehenden Schwierigkeiten des Verhältnisses der Angehörigen zu den Versicherten einzugehen. Dies hat das Ziel, bestehende Probleme zu identifizieren und zu lösen, damit die Angehörigen weiterhin eine wichtige Stütze für die Versicherten sein können.
- Der Hausarzt übernimmt die leitliniengetreue Therapie der Demenzerkrankungen. Hierbei soll eine ganzheitliche Sicht auf die Erkrankungssituation des Versicherten unter Einbeziehung der begleitenden Erkrankungen und deren wechselseitige Beeinflussung genommen werden. Da die Demenzerkrankung eine Vernachlässigung der Medikation und Therapie der Begleiterkrankungen bedingt und die Versicherten daher Gefahr laufen eine Krankheitsprogression zu erleiden, sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Adhärenz zu den Medikamenten insbesondere in Hinblick auf die Begleitkrankheiten eingeleitet werden. Ggf. soll der Arzt das Einholen von Hilfsmaßnahmen (z.B. durch Pflegedienste etc.) fördern. Durch diese intensivierte Verlaufskontrolle soll eine Begleiterkrankungsprogredienz frühzeitig erkannt werden.
- Es soll eine regelmäßige Verlaufskontrolle der Demenz mit validen, von der Leitlinie empfohlenen Fragebögen bzw. Tests (z.B. MMST, DemTect, TFDD, MoCA) erfolgen, damit auf eine Verschlechterung der Demenz rechtzeitig reagiert werden kann.
- Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz von Fragebögen ermöglicht werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä..
- Der Arzt soll frühzeitig im Erkrankungsverlauf die Notwendigkeit fremder Hilfe thematisieren, um dem Versicherten, solange er dies noch kann, eine bewusste Entscheidung hinsichtlich mit der Erkrankung einhergehenden Fragestellungen (z.B. gesetzliche Betreuer, Patientenverfügungen o.Ä.) in späteren Erkrankungsphasen zu ermöglichen. Der Arzt soll den Versicherten über lokale und aktuell verfügbare Anlaufstellen und Unterstützungsmöglichkeiten für Demenzerkrankte informieren (Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen regionaler Alzheimer-Gesellschaften o.Ä.).

IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien

- Falls der Arzt es als angemessen betrachtet, soll dem Versicherten in frühen Phasen der Erkrankung die Möglichkeit der Nutzung von Gesundheits-Apps zur Erleichterung der Therapieadhärenz bezüglich chronischer Begleiterkrankungen geboten werden. Hierbei soll auf Gesundheits-Apps verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. App „MyTherapy“

o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und somit potenziell negative Verlaufsbeeinflussung der Begleiterkrankungen ermöglicht werden, während dem Versicherten so lange wie möglich eine Eigenständigkeit ermöglicht wird. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.

- Mit dem Ziel ein detaillierteres Verständnis der Erkrankung auf Seiten der Angehörigen zu erreichen und ihnen den Umgang mit dem Versicherten zu erleichtern, soll der Arzt in diesem Rahmen auf verschiedene Gesundheits-Apps zur Erleichterung der Betreuung des Versicherten durch die Angehörigen hinweisen und die Nutzung dieser Möglichkeiten laienverständlich ausführen.
- Die vorgeschlagenen Gesundheits-Apps sollten zum einen eine ausreichend detaillierte Informationsplattform mit praktischen Tipps für die Angehörigen darstellen (z.B. App „Alzheimer & You“, Online-Pflegekurse der Krankenkasse o.Ä.), zum anderen sollten diese spielerisches Hirnleistungstraining beinhalten (z.B. App „Auguste“), welche die Angehörigen mit den Versicherten durchführen können, um deren kognitive Restfunktion zu stärken. Die Gesundheits-App kann der Arzt beruhend auf seiner persönlichen Erfahrung und Präferenz wählen**.**
- Darüber hinaus verweist der Arzt auf mögliche digitale unterstützende Kommunikationsforen für Betroffene und Angehörige (z.B. das von Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend angebotene Forum „WegweiserDemenz“).

Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer Arthrose des Hüft- und Kniegelenks

I. Präambel

Arthrose gilt weltweit als die häufigste Gelenkerkrankung des erwachsenen Menschen.
Aufgrund der alternden Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist in den kommenden Jahren von einer weiterhin steigenden Arthrose-Prävalenz auszugehen. Besonders häufig sind die Hüft- und Kniegelenke von einer Arthrose betroffen, was zu einer starken Funktionseinschränkung alltäglicher, beruflicher und freizeitsportlicher Aktivitäten führt. Bei fortschreitender Erkrankung kommt es dabei zu Einbußen des sozialen Lebens, der Lebensqualität sowie zu einer Gefährdung der unabhängigen Lebensführung. Die Endstrecke der Arthrose ist eine vollständige Gelenkdestruktion, welche nur durch einen operativen Gelenkersatz zielführend behandelt werden kann. Neben dem altersbedingten Gelenkverschleiß begünstigen vor allem Übergewicht und eine Beinachsenfehlstellung durch eine mechanische Über- und Fehlbelastung der Gelenke, Sport- und andere Verletzungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes und Hyperurikämie sowie entzündliche Gelenkerkrankungen, die Entstehung einer Arthrose.
Eine Arthrose wird häufig nicht frühzeitig diagnostiziert und auch Patienten mit bereits diagnostizierter Arthrose werden oft nicht konsequent behandelt. Dies hat sowohl einen beschleunigten Progress der Erkrankung als auch einen hohen schmerzbedingten Leidensdruck der unterversorgten Patienten zur Folge.
Dieses Versorgungsprogramm bietet in der hausärztlichen Versorgung die Möglichkeit, Risikopatienten auf eine bisher nicht erkannte Arthrose zu untersuchen, um frühzeitig weiteren Gelenkverschleiß, Progredienz und Chronifizierung vorzubeugen. Im Zentrum steht dabei die digital-unterstützte, individuelle und intensivierte Beratung, Betreuung und Motivation des Patienten hinsichtlich der Therapie der Arthrose sowie der Risikofaktoren und Komorbiditäten.

Die Ziele dieses Versorgungsprogramms sind dabei:

- die Umsetzung der patientenzentrierten Versorgung zu fördern,
- den Patienten über seine Erkrankung, Symptome und Therapien aufzuklären,
- durch eine ausreichende Dokumentation dem behandelnden Arzt das Nachvollziehen des Therapieverlaufs zu ermöglichen,
- ein optimales Arzneimittelmanagement im Sinne einer gezielten und rationalen medikamentösen Schmerztherapie zu fördern,
- Erstellung eines, auf das individuelle patienten-spezifische Risikoprofil abgestimmten Maßnahmen- und Therapieplanes,
- die Gesundheitskompetenz und Therapieadhärenz der Betroffenen durch die Anwendung von Techniken der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Sinne des Shared Decision Making zu stärken
- sowie den Zeitpunkt ggf. notwendig werdender Eingriffe und Operation möglichst lange zu verzögern bzw. unnötige Eingriffe und Operationen zu verhindern (u. a. durch den Einsatz von Zweitmeinungsverfahren).

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können Versicherte ab 45 Jahren, bei welchen noch keine Arthrose des Hüft- oder Kniegelenks (M16.-, M17.-) bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegen:

- Adipositas (E66.-)
- Varus- oder Valgusfehlstellung des Hüft- bzw. Kniegelenks (M21.15, M21.05, M21.16, M21.06)
- Gelenkinstabilität (M23.5-, M24.35, M24.36, M24.45, M24.46)

- Stoffwechselstörungen wie Hyperurikämie (E79.0), Gicht (M10.-) oder Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-)
- Vorangegangene Traumata wie (S72.-, S73.-, S83.-, S82.1, S82.0),
- Entzündliche Gelenkerkrankungen wie (M70.5, M70.6, M70.7, M06.-5, M06.-6, M05-5, M05.-6, M07.-5, M07.-6, M08.-5, M08.-6, M09.-5, M09.-6, M12.-5, M12.-6, M13.-5, M13.-6, M14.-5, M14.-6)

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Hüft- oder Kniegelenksarthrose (M16.-, M17.-).

b) Umsetzungsinhalte

- Es erfolgt eine leitliniengetreue Anamnese auf das Vorliegen einer Arthrose, diese sollte die Schmerzanamnese sowie die Medikationsanamnese und die Erhebung des individuellen Risikoprofils implizieren. Um dies besonders genau und objektivierbar durchführen zu können, soll ein valider, von der Leitlinie-empfohlener Fragebogen (z.B. KOOS-Score, Harris Hip Score, o.Ä.) vom Arzt verwendet werden. Der gewählte Fragebogen dient dabei als Leitfaden für das Anamnesegespräch und erlaubt eine intensive Auseinandersetzung mit den Beschwerden des Versicherten und somit eine höhere Diagnosesicherheit.
- Der Arzt führt eine allgemeine und spezielle klinische Untersuchung der Gelenke durch. Bei sich erhärtendem Verdacht auf eine Arthrose erfolgt, falls nötig, eine radiologische Diagnosesicherung.
- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine Arthrose des Hüft- und/oder Kniegelenks (M16.-, M17.-) vorliegen.
- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

b) Umsetzungsinhalte

- Es sollen individuelle edukative und aufklärende Gespräche, Beratungen, Schulungen sowie personalisierte Ansätze für die Sekundär- und Tertiärprävention anhand der individuellen Risikoprofile und Bedürfnisse angeboten bzw. darauf hingewiesen werden.
- Der Arzt versucht dabei einen positiven Einfluss auf bestehende individuelle Risikofaktoren der Arthrose zu nehmen und die Gesundheitskompetenz der Patienten zu steigern. Das Selbstmanagement soll gefördert werden, um die gesundheitlichen Effekte nachhaltig zu gewährleisten.
    - So soll bei vorliegender Adipositas eine Gewichtsreduktion konkret angesprochen und nachdrücklich empfohlen werden. Ein Mangel an körperlicher Aktivität soll ebenfalls thematisiert und aktivitätsfördernde Maßnahmen nahegelegt werden.

  - Bestehende Stoffwechselerkrankungen – wie beispielsweise Diabetes mellitus – sollen, um den Erkrankungsverlauf günstig zu beeinflussen, bestmöglich und leitliniengetreu therapiert werden.
  - Bei Bedarf soll auf Angebote der Ernährungsberatung hingewiesen werden.
  - Rauchstopp soll gefördert und auf Angebote für Rauchentwöhnung hingewiesen werden.
  - Das individuelle Sturzrisiko soll mittels standardisierter Testverfahren (z.B. geriatrisches Basisassessment, Timed „up & go“ Test, Chair-Rising-Test, Tandem-Stand-Test) erhoben und eine individuelle Sturz-Prophylaxe soll angeboten werden.
  - Die Patienten sollen auf verfügbare Zweitmeinungsangebote aufmerksam gemacht werden.
  - Regelmäßige Beurteilung des individuellen Risikoprofils (Alter, Komorbidität, ungesunder Lebensstil, Medikationscheck, Sturzrisiko, Schmerzintensität und Bewegungseinschränkungen...).
- Daraus ergibt sich ein besonderes Versorgungskonzept, welches unter Berücksichtigung der leitliniengerechten Therapieoptionen die Umsetzung der patientenzentrierten Versorgung in der Praxis fördert.
- Um ein besseres Erkrankungsverständnis und eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden und sich dadurch ausreichend Zeit für die Beratung nehmen:
  - Es werden verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen aufgezeigt. Dabei achtet der Arzt darauf, dass die verschiedenen Optionen vollständig gezeigt, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt werden.
  - Dadurch soll ausreichendes Wissen über die Krankheit erlangt werden, sodass die präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt erfolgen kann.
- Um die Lebensqualität der Versicherten zu verbessern, die Funktionsfähigkeit der Gelenke zu erhalten und unnötige Eingriffe zu vermeiden bzw. hinauszuzögern, sollen durch den Hausarzt leitliniengerechte nicht medikamentöse therapeutische Ansätze wie Bewegungsübungen und Lebensstiländerungen gefördert werden. Die medikamentöse Therapie mittels analgetischer Medikation zur symptomatischen Therapie soll intensiv begleitet werden. Die in Abschnitt „IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien“ aufgeführten Möglichkeiten der digitalen Dokumentation können dabei zur Erhöhung der Therapieadhärenz genutzt werden. Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Anwendung finden dabei – nach Präferenz des Arztes – durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen (z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä.).
- Um die Ziele der Arthrosetherapie zu erreichen, eine nachhaltige selbstständige Durchführung der körperlichen Trainings und ein optimales Arzneimittelmanagement zu erzielen, erstellt der Arzt einen individuellen Therapieplan, welcher die eigenständig durchzuführenden Bewegungsübungen und die medikamentöse Schmerztherapie gemäß WHO-Stufenschema berücksichtigt. So soll die Gesundheitskompetenz erhöht werden.
- Eine regelmäßige Erfassung des Krankheitsverlaufs sowie regelmäßige Überprüfung und Evaluierung des Therapieplanes und ggf. Anpassung bzw. Erstellung eines neuen Therapieplanes sollte einen Bestandteil der Folgeuntersuchungen darstellen.
- Der Versicherte erlangt durch diese Maßnahmen idealerweise gleichzeitig ein besseres Verständnis seiner Erkrankung und kann seine Symptome entsprechend besser einordnen, womit eine gemeinsame Therapieentscheidungsfindung im Sinne des Shared Decision Making erleichtert wird.
- Zudem sollen notwendige physiotherapeutische Therapien sowie, falls nötig, eine fachärztliche Mitbehandlung initiiert und koordiniert werden.

IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien

- Um eine ärztliche Objektivierung der Progredienz der Erkrankung sowie des Therapieerfolges zu gewährleisten, wird teilnehmenden Versicherten, nach Ermessen des Arztes die Möglichkeit geboten, eine digitale Anwendung zu nutzen.
- Die Digitale Nutzung dient der Steigerung des Selbstmanagements, Förderung der Adhärenz und der Nachhaltigkeit der eigenständigen Durchführung der Bewegungsübungen. Sie ermöglicht auch die konsequente Verlaufskontrolle. Der Arzt soll somit bei den Nachsorgeterminen in einem detaillierten Umfang den Erkrankungsverlauf des Versicherten (konsequentes, selbständiges Durchführen der Bewegungsübungen bzw. des körperlichen Trainings, regelmäßiges Einnehmen verordneter Schmerzmedikamente, o.Ä.) nachvollziehen und durch regelmäßige Rücksprachen eine erhöhte Therapieadhärenz sicherstellen. Auf diese Weise kann von ärztlicher Seite motivierend und steuernd in die Therapie eingegriffen werden.
- Dies kann mit Hilfe einer Gesundheits-App erfolgen. Der Arzt soll sich mit den Nutzungsmöglichkeiten verfügbarer Gesundheits-Apps vertraut machen. Die dem Versicherten zu empfehlende Gesundheits-App kann von dem Arzt entsprechend seiner individuellen Präferenz und Erfahrung frei gewählt werden.
- Die gewählte Gesundheits-App soll dabei folgende Aspekte abdecken:
    - Schulungen bzw. Übungsanweisungen zur Förderung des Heimtrainings und Steigerung der Gesundheitskompetenz für die selbständige Durchführung der Bewegungsübungen, idealerweise in Form verständlicher Erklärvideos
    - Möglichkeit für Monitoring und Kontrolle der Therapieerfolge, indem die Frequenz/Art der eigenständig durchgeführten Übungen sowie Veränderungen an Beschwerden mittels digitaler Tagebücher dokumentiert werden.
    - Medikationsplaner mit Erinnerungsfunktion und Dokumentation der Anwendungshäufigkeit von Schmerzmitteln
    - Edukation sowie verständliche Informationsquellen zur Erkrankung - beispielsweise in Form nützlicher Erklärvideos
- Hierzu können bspw. App „Rheuma-Auszeit“ der Deutschen Rheuma-Liga - oder einer vergleichbaren - Gesundheits-App sowie „MyTherapy“ genutzt werden.

Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz

I. Präambel

In Deutschland leiden 1-2% der Menschen an einer Herzinsuffizienz, bei den über 60-Jährigen sind es über 10%. Aufgrund der demographischen Entwicklung sowie verbesserten Überlebenschancen bei kardialen Erkrankungen, ist die Prävalenz der Herzinsuffizienz aktuell weiterhin steigend. Die chronisch-progredient verlaufende Herzinsuffizienz weist eine ungünstige Prognose sowie die Notwendigkeit häufiger Krankenhauseinweisungen auf, sodass die Patienten in ihrer Lebenserwartung und -qualität stark eingeschränkt sind. Rund 50% aller Herzinsuffizienzpatienten leiden an mehreren Komorbiditäten, welche den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussen, die Mortalität steigern und die Lebensqualität der Patienten weiter reduzieren können. Jedoch stehen im hausärztlichen Praxisalltag im Durchschnitt lediglich 6-7 Minuten pro Patienten zur Verfügung, wodurch vielen dieser Komorbiditäten in der hausärztlichen Regelversorgung keine ausreichende Aufmerksamkeit zur Verfügung steht.
Zu der häufigsten Komorbidität von Herzinsuffizienz zählt mit 30 bis 50% der Eisenmangel, der trotz der hohen Prävalenz nicht oder zu spät erkannt wird.
Der Eisenmangel kann die Leistungsfähigkeit und die Lebensqualität durch Symptomverschlechterung negativ beeinflussen Er begünstigt den Krankheitsverlauf negativ und lässt die Hospitalisierungsrate für betroffene Herzinsuffizienz-Patienten ansteigen. Ein Eisenmangel kann auch in eine Eisenmangelanämie übergehen.
Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es, Herzinsuffizienz-Patienten in der hausärztlichen Versorgung auf einen bisher noch nicht erkannten begleitenden Eisenmangel zu untersuchen und eine adäquate Nachsorge hinsichtlich der genannten Komorbidität zu ermöglichen um eine bessere Lebensqualität, eine gesteigerte Leistungsfähigkeit und eine Verbesserung der Symptome sowie eine Verlangsamung der Progredienz der Herzinsuffizienz zu erreichen. Der Vertrag bietet dabei die Möglichkeit einer intensivierten hausärztlichen Betreuung, in deren Rahmen die notwendige Diagnostik und Nachsorge des Patienten stattfinden kann. Die Patienten sollen über ihre Erkrankung laienverständlich aufgeklärt werden. Zudem sollen Therapieschritte im Sinne des Shared Decision Making gemeinsam mit den Patienten festgelegt werden. Die Nutzung von Gesundheits-Apps/Online-Therapien von Patienten soll zur Verbesserung der Therapieadhärenz beitragen.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können Versicherte, bei denen eine Herzinsuffizienz bekannt* ist und keine Diagnose eines Eisenmangels (E61.1) in den letzten 6 Monaten vorliegt.

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Herzinsuffizienz (I.50.-, I13.0-, I13.2-, I11.0-).

b) Umsetzungsinhalte

Zur Diagnostik eines Eisenmangels erfolgt bei jedem Versicherten entsprechend der ESC-Leitlinie die Bestimmung des Ferritinwertes und der Transferrin-Sättigung. Ein Eisenmangel liegt bei einem Ferritinwert unter 100 µg/l beziehungsweise bei einem Ferritinwert zwischen 100 µg/l und 299 µg/l bei einer gleichzeitigen Transferrin-Sättigung unter 20 Prozent vor. Zum Ausschluss oder Bestätigung einer Anämie erfolgt zudem die Bestimmung des Hämoglobinwertes.

- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

Herzinsuffizienz-Versicherte haben bei bestehendem Eisenmangel ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Verlauf der Erkrankung und benötigen daher eine besondere Aufmerksamkeit, um die beschleunigte Progredienz der Herzinsuffizienz zu verhindern bzw. zu verlangsamen.

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Versicherte mit gesicherter Herzinsuffizienz (I50.-) bei welchen im Rahmen des Vorsorgeprogramms ein Eisenmangel (E61.1) diagnostiziert wurde.
- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

b) Umsetzungsinhalte

- Die Grundlage des Nachsorgeprogramms stellt ein intensives Behandlungsgespräch dar. Hierbei werden insbesondere die körperliche Belastbarkeit, Symptome der Herzinsuffizienz und die aktuellen Alltagseinschränkungen evaluiert, welche sich durch einen bestehenden Eisenmangel verschlechtern können. Gleichzeitig wird evaluiert, ob eine vorliegende Symptomverschlechterung auf eine Verschlechterung der kardialen Funktion zurückzuführen ist.
    - Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä..
    - Es erfolgt zudem eine erneute Evaluation des Schweregrades der Herzinsuffizienz nach NYHA.
- Es erfolgt eine ärztliche Ernährungsberatung hinsichtlich einer Umstellung auf eine eisenhaltigere Ernährung einschließlich einer Auflistung besonders eisenhaltiger Lebensmittel.
- Dem Versicherten wird die Möglichkeit einer oralen Eisensupplementation gemäß der S1 Eisenmangelanämie-Leitlinie in der aktuellsten Fassung erläutert, dabei wird von ärztlicher Seite intensiv auf das Nebenwirkungsprofil eingegangen.
- Versicherte mit gesicherter Herzinsuffizienz NYHA-Stadium III (I50.04, I50.13), bei welchen im Rahmen des Vorsorgeprogramms ein Eisenmangel festgestellt wurde und welche aufgrund der Symptomatik, in ihren Alltagaktivitäten eingeschränkt sind, erhalten die Möglichkeit einer intravenösen Eisensubstitution gemäß der S1 Eisenmangelanämie-Leitlinie in der aktuellsten Fassung. Hierbei sind aufgrund der Möglichkeit eines anaphylaktischen Schocks besondere Vorsichtsmaßnahmen zu treffen.
- Es erfolgt eine Evaluation der Therapien etwaig weiterhin zugrundeliegender Grunderkrankungen (beispielsweise hinsichtlich einer NSAR-Therapie), welche einen Eisenmangel weiterhin begünstigen können. Gegebenenfalls kann eine mit dem Versicherten eine gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich Gabe von Blutungs-prophylaktischen Medikamente (z.B. PPI bei gastroduodenaler Ulkuskrankheit) erwogen werden.
    - Alle einzunehmenden Medikamente (für die Herzinsuffizienz, den Eisenmangel und etwaige weitere Erkrankungen) werden besprochen und ein Therapieplan wird nach dem Shared Decision Making Prinzip erstellt.
- Shared Decision Making und laiengerechte Sprache
    - Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden:
    - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.

Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz

- Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ein ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.

IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien

Nach Einschätzung des Arztes kannzusätzlich auf Gesundheits-Apps verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. „MyTherapy“ App o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und ein somit potenziell negativer Krankheitsverlauf verhindert werden. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.

Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

I. Präambel

Weltweit ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) bezüglich Morbidität und Mortalität eine der häufigsten Erkrankungen. In Deutschland betrifft diese Erkrankung ca. 10% der Erwachsenen über 40 Jahren. Dabei kommt es zu nicht voll reversiblen obstruktiven Ventilationsstörungen. Bislang ist diese Erkrankung nicht heilbar. Rauchen ist bezüglich des Auftretens und des Verlaufs der COPD der bedeutendste Risikofaktor.
Therapieziele sind v. a. den Krankheitsverlauf zu verlangsamen, beeinflussbare Risikofaktoren und Folgeschäden zu minimieren, Exazerbationen zu vermeiden und die Lebensqualität der Betroffenen soweit möglich wiederherzustellen bzw. zu bewahren.
Bei einem schweren Verlauf bzw. einem schweren Krankheitsstadium der COPD nach GOLD-Einteilung kommt es häufig zu einer respiratorischen Insuffizienz mit subjektiv als sehr belastend empfundener Atemnot. Aufgrund des verminderten Sauerstoffgehaltes im Blut kann es des Weiteren zu kognitiven Defiziten, Benommenheit, und Herzfunktionsstörungen (durch Störung des Säure-Basen-Haushaltes) kommen.
Eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung einer respiratorischen Insuffizienz gefolgt von der Einleitung geeigneter therapeutischer Maßnahmen, flankiert von Lebensstiländerungen kann helfen, den Krankheitsprogress zu verlangsamen, potentiell lebensbedrohliche Exazerbationen zu vermeiden und die Lebensqualität der Patienten zu bewahren. Durch eine entsprechend eingeleitete Therapie kann sich das Langzeitüberleben der Betroffenen deutlich verbessern.
Dieses Versorgungsprogramm bietet die Möglichkeit, Risikopatienten mit bestehender COPD und bislang unentdeckter respiratorischer Insuffizienz zu identifizieren, die von einer möglichst frühzeitigen gezielten Therapie und intensivierten Nachsorge profitieren können.
Neben der möglichst gut angepassten und frühzeitigen Diagnostik und Therapie, ist ein weiteres Ziel dieses Versorgungsprogrammes durch Verwendung von laiengerechter Sprache im ärztlichen Beratungs- und Aufklärungsgespräch sowie bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung, Gesundheitskompetenz, Compliance und Therapieadhärenz des Betroffenen zu stärken. Auch wird im Sinne eines umfassenden Behandlungskonzeptes ein Fokus auf Lebensqualität und falls erforderlich, Maßnahmen zur Lebensstiländerung gelegt.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können Versicherte, bei welchen noch keine respiratorische Insuffizienz bekannt* ist und bei denen mindestens eine der folgenden ICD-Diagnosen vorliegt:

- gesicherte COPD Diagnose Grad III oder IV (J44.00, J44.01, J44.10, J44.11, J44.80, J44.81, J44.90 oder J44.91)

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer respiratorischen Insuffizienz (J96.1-).

b) Umsetzungsinhalte

- Der Arzt führt die Früherkennung und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz gemäß der „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)“ der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und der Deutschen Atemwegsliga e.V. in der aktuellen Fassung durch.
- Dabei wird besonderes Augenmerk auf die Expositionsanamnese sowie Risikofaktoren gelegt und in einem Gesamtzusammenhang mit dem Lebensstil sowie der Lebenssituation des Versicherten gebracht.
- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten

Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

- Versicherte, bei denen im Rahmen der Früherkennung eine gesicherte Diagnose einer respiratorischen Insuffizienz (J96.1-) diagnostiziert wurde.
- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

b) Umsetzungsinhalte

- Der Arzt führt mit den Versicherten, bei denen durch die Früherkennung eine gesicherte respiratorische Insuffizienz diagnostiziert wurde, eine besonders ausführliche Nachsorge durch. Diese hat das Ziel die individuelle Situation des Versicherten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Die Nachsorge findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:
- Sicherung der Compliance und Therapieadhärenz. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden:
    - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
    - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- Der Arzt motiviert den Versicherten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en), insbesondere Nikotinabstinenz und Therapietreue, vereinbart gemeinsam mit dem Versicherten Ziele und überprüft die Einhaltung dieser.
- Der Arzt berät und prüft umfassend die in Frage kommenden Therapieoptionen. Dabei verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der therapeutischen Optionen, indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie evtl. Selbstmedikationen des Versicherten.
- Um die Betroffenen hinsichtlich einer Verschlechterung der COPD und möglicher Notsituationen zusätzlich zu sensibilisieren, bietet der Vertrag mit dem anhängigen COPD-Maßnahmenplan (Anhang 1) eine Möglichkeit die Therapieoptionen strukturiert zu besprechen und umzusetzen.(„Mein COPD-Maßnahmenplan“ der Krankenkasse, Anhang 1).
- Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei – nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey S12 (SF-12) o.ä..
- Um das Selbstmanagement der Versicherten zu verbessern und eine Verlaufsdokumentation der Symptomatik zu erhalten, werden die Versicherten zur Selbstbeobachtung und Nutzung von Assessments beraten und ermutigt:
    - COPD-Assessment-Test (CAT) zur Dokumentation der Symptome der COPD (s. www.CATestonline.de)

Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

- modified Medical Research Council (mMRC-) Dyspnoeskala zur Erfassung und Beurteilung der Atemnot im Zeitraum zwischen den ärztlichen Untersuchungsterminen

IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien

- Falls der Arzt es als angemessen betrachtet, soll dem Versicherten in frühen Phasen der Erkrankung die Möglichkeit der Nutzung von Gesundheits-Apps zur Erleichterung der Therapieadhärenz bezüglich chronischer Begleiterkrankungen geboten werden. Hierbei soll auf Gesundheits-Apps verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. App „MyTherapy“ o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und somit potenziell negative Verlaufsbeeinflussung der Begleiterkrankungen ermöglicht werden, während dem Versicherten so lange wie möglich eine Eigenständigkeit ermöglicht wird. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.
- Als Ergänzung zur o. g. Gesundheits-App werden die Versicherten noch über ergänzende webbasierte Angebote informiert. Als Beispiel seien genannt (Quelle: https://www.atemwegsliga.de/pneumo-digital-apps.html):
  - „COPD aktuell“ (www.copd-aktuell.de) ist ein Onlineportal für Versicherte und Angehörige mit umfangreichen Informationen über die Erkrankungen und Möglichkeiten der Selbsthilfe.
  - „TheraKey“ (www.therakey.de) ist ein Onlineportal für Versicherte, Ärzte und Angehörige mit umfangreichen Informationen zur Erkrankung und u. a. zu nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten.

Anhang 1: Mein COPD-Maßnahmenplan

Anhang 1: Fragebogen pAVK

Name	Vorname	Geburtsdatum	Datum

Für Patienten die folgende Einschlusskriterien erfüllen (und/oder):

- KHK
- Diabetes
- Hypertonie
- Alter >60 und männlich

1. Größe:_____ Gewicht: _____

2. Rauchen Sie? Ja O Nein O
   Wenn ja, wieviel? _____

3. Sind bei Ihnen andere Erkrankungen (außer den oben genannten) bekannt? Ja O Nein O
   Wenn ja, welche sind das? _____

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja O Nein O
   (Wenn ja, tragen Sie die Medikamente und die Einnahmezeiten (morgen-mittags-abends) bitte in den umseitigen Medikamentenplan ein)

5. Sind unter den Medikamenten auch blutverdünnende Medikamente (z.B. Marcumar o.ä.) oder Plättchenhemmer (z.B. ASS o.ä.)? Ja O Nein O

6. Fühlen Sie sich beim Laufen eingeschränkt? Ja O Nein O
   Wenn ja, wie weit können Sie schmerzfrei gehen? _____

7. Hatten Sie in der Vergangenheit schlecht heilende Wunden? Ja O Nein O
   Wenn ja, wo? _____

8. Sind Ihre Beine oder Füße nach größerer Anstrengung bläulich verfärbt? Ja O Nein O

9. Hatten Ihre Eltern und Geschwister eine der folgenden Erkrankungen? Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes oder Gicht? Ja O Nein O

			Dosierung					
Regel-mäßig	**Medikamentenname und Wirkstoff**	**Stärke und Dar.-Form***	morgens	mittags	abends	zur Nacht	**Einnahmegrund / Kommentar**	**Vom Arzt verordnet**
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐
☐								☐

*Dar.-Form = Darreichungsform, z. B. Tablette, Saft, Spray, Tropfen, Salbe

Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

I. Präambel

Die periphere arterielle Verschlusserkrankung (nachfolgend als pAVK bezeichnet) ist eine der häufigsten Gefäßerkrankungen in Klinik und Praxis.
Die Prävalenz der pAVK ist altersabhängig und steigt mit höherem Lebensalter an. Zahlreiche epidemiologische Studien zeigen eine Gesamtprävalenz der pAVK von 3-10%. Ab einem Alter von 70 Jahren steigt die Prävalenz auf 15-20% an.
In etwa 95% der chronischen pAVK-Fälle ist eine Atherosklerose ursächlich, welche alle arteriellen Gefäßregionen des Körpers betreffen kann und deren wichtigste Risikofaktoren Rauchen, Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie sind.
Verschiedene regionale und überregionale Kampagnen zur pAVK durchgeführt durch die zuständigen Fachgesellschaften zeigen ein mangelndes Wissen und Informationsdefizite sowie fehlende Aufmerksamkeit für das Problem der pAVK. Darüber hinaus wird die Diagnose häufig erst gestellt, wenn es zu Beschwerden bzw. zu einer Claudicatio intermittens gekommen ist.
pAVK ist eine fortschreitende Erkrankung, welche ernsthafte Komplikationen insbesondere in späteren Stadien wie Nekrosen, schlecht heilende Wunden sowie Amputationen herbeiführen kann. Darüber hinaus ist eine manifeste pAVK mit einem erhöhten Risiko für einen Myokardinfarkt und einen Schlaganfall verbunden.
Das Versorgungsprogramm zielt darauf ab, die pAVK frühzeitig zu erkennen und eine adäquate ärztliche Versorgung bzw. eine optimale leitlinienentsprechende Behandlung zu gewährleisten. Mittels Shared Decision Making werden die Therapieschritte gemeinsam festgelegt. Eine Schließung der Wissenslücken bzgl. der Krankheit und deren Therapieoptionen soll dadurch erlangt werden. Die Nutzung von Gesundheits-Apps/Online-Therapien durch die Patienten soll zur Verbesserung der Therapieadhärenz beitragen.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Versicherte, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind und bei denen noch keine pAVK* bekannt ist:

- Gesicherte Diagnose einer peripheren arteriellen Gefäßkrankheit n.n.b.(I73.9 Periphere Gefäßkrankheit, n.n.bez.) oder Gesicherte Diagnose einer Atherosklerose (I70.0, I70.1, I70.8 oder I70.9)
- oder Versicherte mit einer gesicherten Diagnose einer KHK (I25.0, I25.1-, I25.3, I25.4, I25.6, I25.8 oder I25.9), eines Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) einer Hypertonie (I10.-) die zum Zeitpunkt der Früherkennung das 50 Lebensjahr vollendet haben.
- männliche Raucher ab dem 60. Lebensjahr.

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer pAVK (I70.2-).

b) Umsetzungsinhalte

- Der Arzt führt die Früherkennung einer pAVK gemäß der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren Arteriellenverschlusskrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Angiologie/Gesellschaft für Gefäßmedizin in der jeweils geltenden Fassung durch.
- Dabei soll der Versicherte den im Anhang 1 beigefügten Fragebogen ausfüllen, dieser soll dann durch den Arzt ausgewertet werden.

Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

Diagnose einer stadienspezifischen pAVK im Rahmen der Früherkennung (I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25 oder I70.26).

- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

b) Umsetzungsinhalte

Der Arzt führt mit dem Versicherten, bei welchem im Vorsorgeprogramm eine stadienspezifische pAVK diagnostiziert wurde, ein besonders ausführliches Gespräch. Dies hat das Ziel, die individuelle Situation des Versicherten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Das Gespräch findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden:
  - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
  - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- Der Arzt motiviert den Versicherten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en) und klärt über präventive Maßnahmen auf.
- Um eine Verschlechterung der Erkrankung zu verhindern, animiert er den Versicherten ein regelmäßiges Gehtraining durchzuführen.
- Der Arzt berät und prüft umfassend die Arzneimitteltherapie(n). Dabei verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie(n), indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie evtl. Selbstmedikationen des Versicherten. Zur Umsetzung stellt der Vertrag einen Medikamentenplan zur Verfügung (pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan, Anhang 1 zu dieser Anlage).
- Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei -nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä..

Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

Der Arzt leitet notwendige Maßnahmen nach der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie/Gesellschaft für Gefäßmedizin ein und koordiniert die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen ggf. durch Überweisung.

IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien

Nach Ermessen des Arztes kann zusätzlich auf Gesundheits-Apps verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. „MyTherapy“ App o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und ein somit potenziell negativer Krankheitsverlauf verhindert werden. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.

Anhang 1: pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan

Anlage 3.6: Versorgungsprogramm zur Früherkennung und spezifischen Behandlung von COPD bei vorbestehendem Asthma bronchiale

I. Präambel

Etwa 5% der Erwachsenen in Deutschland leiden unter Asthma bronchiale (nachfolgend als Asthma bezeichnet). Bei einer angemessenen Therapie ist die Lebenserwartung eines Asthmatikers vergleichbar mit der einer gesunden Person. Oft werden die Behandlungsanweisungen des behandelnden Arztes von den Patienten jedoch nicht befolgt, da der Schweregrad der Erkrankung unterschätzt wird. Unter fehlender oder unzureichender Therapie kommt es durch eine Einschränkung der Lungenfunktion zu einer Verschlechterung der Prognose, denn durch eine unzureichende antiinflammatorische Therapie kommt es im Krankheitsverlauf zu einer Abnahme der Reversibilität bis hin zu einer Fixierung der Atemwegsobstruktion.
Bis zu 60% der betroffenen Patienten leiden gleichzeitig unter einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (nachfolgend als COPD bezeichnet), welche hinsichtlich der Morbidität und Mortalität eine der führenden Erkrankungen darstellt. Das gleichzeitige Vorliegen beider Erkrankungen erhöht die Symptomlast der betroffenen Patienten und führt zu vermehrten Exazerbationen und Hospitalisierungen sowie einer erhöhten Mortalität.
Aufgrund der Ähnlichkeit der Symptome kann das gleichzeitige Vorliegen beider Erkrankungen leicht übersehen werden. Da die Atemwegsverengung, welche bei diesen Patienten vorliegt, durch die Asthmamedikamente allein nicht vollständig umkehrbar ist, muss die Medikation bei gleichzeitigem Vorliegen beider Erkrankungen angepasst werden. Eine korrekte Diagnose einer begleitenden COPD bei Asthmatikern ist somit unerlässlich, um eine angemessene medizinische Betreuung zu gewährleisten, akute Episoden im Krankheitsverlauf zu minimieren und die Prognose zu verbessern.
Ziel dieses Versorgungsprogramms ist es, erwachsenen Asthmatikern in der hausärztlichen Versorgung eine gesonderte Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, um eine begleitenden COPD rechtzeitig zu erkennen. Aufgrund des erhöhten Risikos für einen unvorteilhaften Erkrankungsverlauf aufgrund des Vorliegens beider Erkrankungen, erhalten die Patienten mit gleichzeitiger COPD eine intensivierte und digital unterstütze Nachsorge.

II. Früherkennung

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen können Versicherte ab dem 40. Lebensjahr, bei denen folgende Voraussetzungen erfüllt sind und bei denen noch keine behandelte COPD bekannt ist*:

- Diagnose von Asthma bronchiale (J45.-)

*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer COPD (J44.-).

b) Umsetzungsinhalte

Der Arzt führt eine umfassende Diagnostik und Evaluierung einer möglicherweise vorhandenen COPD, genauer Asthma COPD Overlap, durch. Dabei geht er nach den Empfehlungen der aktuellen Version der „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Versicherten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)“ vor und orientiert sich an den folgenden Schritten:

- Um die Vortestwahrscheinlichkeit vor einer Lungenfunktionsüberprüfung deutlich zu erhöhen, führt der Arzt eine ausführliche Anamnese sowie eine gezielte körperliche Untersuchung durch. Dabei stellt er Fragen insbesondere zu:
    - Raucherstatus
    - Atemnot unter Belastung
    - Husten / Auswurf (nicht nur während eines Asthmaanfalls oder Infekts)

- Besteht nach diesen ersten beiden Schritten weiterhin ein konkreter Verdacht auf COPD, soll die Durchführung einer Lungenfunktionsdiagnostik inkl. Schweregradbestimmung zur späteren Therapieentscheidung, erfolgen.

Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

Diagnose einer COPD (J44.-) im Rahmen der Früherkennung des Versorgungsprogramms.

- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

b) Umsetzung

- Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden:
  - Der Arzt zeigt dem Versicherten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Versicherten nachvollziehbar vermittelt.
  - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Versicherte ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt zeigt dem Versicherten im Erstgespräch gezielte Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf, insbesondere medikamentöse Optionen und psychosoziale Interventionen (körperliche und soziale Aktivität, etc.). Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Versicherten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt.
- Aufgrund des hohen Infektions-Risikos für Versicherte mit COPD und deren Korrelation mit Krankenhausaufenthalten und Mortalität soll der Arzt im Erstgespräch zudem über relevante Impfungen aufklären und diese im Falle des Einverständnisses des Versicherten durchführen (z.B. Influenza, Pneumokokken). Die Kontrolltermine können hier für etwaige Auffrischungen genutzt werden.
- Um eine fokussierte Therapieentscheidung treffen zu können, erörtert der Arzt gemeinsam mit dem Versicherten die Zuteilung in die vier Schweregrad-Gruppen der COPD. Gemäß der aktuellen Leitlinie hat dies entlang dem vorgeschlagenen Schema nach den patientenzentrierten Endpunkten Symptomatik und Exazerbationsrisiko zu erfolgen. Unter anderem aus diesen beiden Kriterien ergibt sich die Therapieempfehlung (Basistherapie und Bedarfsmedikation).
- Der Arzt evaluiert umfassend mögliche Arzneimitteltherapie(n). Dabei sollte die Therapie auf die Lebensqualität und Symptomatik des Versicherten ausgerichtet werden. Ziel sollte stets eine adäquate und individuell angepasste Medikation sein, die dazu geeignet ist, das Leiden des Versicherten dauerhaft zu reduzieren. In allen weiteren Kontrollterminen wird der Medikationsplan regelmäßig reevaluiert und der Arzt verschafft sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie(n), indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie Selbstmedikationen des Versicherten. Ziel ist ein verständlicher und koordinierter Medikationsplan für den Versicherten.

- Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Eine Anwendung finden dabei –nach Präferenz des Arztes- durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen, wie z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey S12 (SF-12) o.ä..
- Im Fall von Nikotinabusus liegt die oberste Priorität in der Raucherentwöhnung, um den Vorteil der Früherkennung für eine Prognoseverbesserung zu nutzen. Auf diesem Aspekt soll bereits im Erstgespräch ein Fokus liegen und bei Bedarf eine entsprechende Unterstützung im Rahmen der Regelversorgung angeboten werden.
- Der Arzt erörtert mit dem Versicherten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung und motiviert diesen intensiv zur weiteren Behandlung und klärt über präventive Maßnahmen auf.
- Der Arzt leitet notwendige Maßnahmen nach den aktuellen Leitlinien zur Therapie und Nachsorge der COPD ein und koordiniert die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen bei Bedarf durch Überweisung.
- Es erfolgt eine strukturierte Patientenführung seitens des Arztes mit regelmäßigen Wiedereinbestellungen und engmaschiger Evaluation und Reevaluation.
- Das Einbeziehen fachärztlicher Expertise erfolgt nach Ermessen des Hausarztes.

IV. Gesundheits-App/Online-Therapien

Während bei Versicherten mit Asthma COPD Overlap die Raucherentwöhnung an erster Stelle steht, sollte gleichzeitig eine Kontrolle beider Erkrankungen erfolgen. Um die medikamentöse Behandlung einerseits unterstützend zu begleiten, andererseits aber auch zu ergänzen, bieten sich mitunter Gesundheits-Apps an. Abhängig vom Erfahrungsstand und den Präferenzen des behandelnden Arztes sollte eine solche Lösung umfassend besprochen und gegebenenfalls angeboten werden.

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen dürfen Versicherte, die unter Absatz III. eingeschlossen wurden und zusätzlich folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Versicherte, welche
    - nach Ermessen des behandelnden Arztes von einer therapiebegleitenden Nutzung einer Gesundheits-App profitieren würden sowie
    - körperlich und kognitiv in der Lage sind, eine Gesundheits-App sachgemäß zu nutzen.

b) Umsetzungsinhalte

- Nach Ermessen des Arztes kann gemeinsam mit dem Versicherten der Nutzen einer digitalen Begleitung der Krankheit und Therapie in Form einer Gesundheits-App exploriert werden.
- Die Gesundheits-App muss einer kritischen fachlichen Begutachtung standhalten und hat die folgenden Mindestkriterien zu erfüllen:
    - Klar benanntes und eingegrenztes Einsatzgebiet
    - Genaue Programmbeschreibung inkl. Hinweis auf das Therapiekonzept
    - Kostenfreie Nutzung
    - Anonyme Nutzung und/oder datenschutzkonforme Nutzung möglich.

Als Beispiellösung sei hier die Gesundheits-App „Therakey**“** genannt. Es werden umfangreiche Informationen zur Vorbeugung und Behandlung der COPD gegeben. Die verschiedenen Optionen der Therapien insbesondere auch die nichtmedikamentösen Behandlungsmöglichkeiten wie Bewegung, Ernährung und Schulung werden dargestellt. Ein eingebundenes Fitness-Programm zum Mitmachen („Fitmacher COPD“) bietet ein strukturiertes, gestaffeltes Trainingsprogramm über mehrere Wochen. Hinweise, wie im Notfall zu reagieren ist, werden gegeben und es wird die Möglichkeit geboten, gemeinsam mit den Ärzten einen Notfallpass zu erstellen. Bei der Wahl der Gesundheits-App kann der behandelnde Arzt jedoch entsprechend seiner individuellen Erfahrung frei wählen, wenn die Anwendung als gleichwertig im Sinne der genannten Mindestkriterien angesehen wird.

- Der Arzt achtet darauf, dass er dem Versicherten die Nutzung vollständig und laienverständlich vermittelt und vereinbart eine engmaschige ärztliche Begleitung
- Die weitere Verwendung der Gesundheits-App soll zumindest zweimal pro Jahr gemeinsam mit dem Versicherten evaluiert werden

Es sollte ergänzend auf Gesundheits-Apps, die den o.g. Mindestkriterien entsprechen, verwiesen werden, welche eine Medikations-Erinnerungsfunktion besitzen und auch die Dokumentation der Medikationseinnahme ermöglichen (z.B. „MyTherapy“ App o.Ä.). Hierdurch soll das frühzeitige Erkennen einer Medikationsvernachlässigung und ein somit potenziell negativer Krankheitsverlauf verhindert werden. Im Verlauf der Nachsorge setzt sich der Arzt mit dem durch die Gesundheits-App erstellten Verlaufsreport auseinander, um die Qualität der Medikationsadhärenz zu überprüfen.

Anlage 3.7: Shared Decision Making

I. Prozess & Phasen des Shared Decision Making

1. Einführung:

- Erklärung des **Ablaufs** der Entscheidungsfindung und welche Rolle beide haben. Vermittlung, dass die Entscheidung **gemeinsam** getroffen wird, so dass der Patient sich mit der schwierigen Entscheidung nicht allein gelassen fühlt.

2. Informationsaustausch:

- Laienverständliche Information über die Erkrankung, **die Behandlungsoptionen**, die dazugehörigen **Risiken und Nutzen** in Bezug auf die Gesundheit, das physische und psychische Wohlbefinden und die sozialen Lebensumstände der Patienten.
- Miteinbringung der **medizinischen Evidenz** und gleichzeitige Überprüfung, ob der Patient alles richtig verstanden hat.
- Miteinbeziehung von **Befürchtungen** und subjektiven Krankheitstheorien der Patienten sowie etwaigen **Vorschlägen** für weitere Optionen.
- Einbringung des Patienten-Wissens zu ihrer Person wie beispielsweise ihre Krankengeschichte, Lebenssituation und Werte.
- (optional) Unterstützung mittels Entscheidungshilfen (Decision Aids) z.B. Broschüren, Videos, geeigneter Webseiten bzw. webbasierter Programme, um sich selbst Wissen anzueignen und Präferenzen herauszufinden.

3. Abwägungsprozess:

Der verschiedenen **Vor- und Nachteile** der zur Wahl stehenden Behandlungsoptionen:

- Erfragung der **Erwartungen, Werte, Sorgen und Ideen der Patienten** und Unterstützung der Patienten, die eigenen Präferenzen zu gewichten.
- Schaffung einer **Atmosphäre,** in welcher sich der Patient sicher fühlt und frei äußern kann.
- Der Arzt legt ebenfalls die eigene Sichtweise zu den verschiedenen Optionen dar und kann Empfehlungen geben.
- Beeinflusst wird die Entscheidung für eine Behandlungsoption auch von der Wahrscheinlichkeit der verschiedenen **Behandlungsauswirkungen** und der **Selbstwirksamkeitserwartung** der Patienten.
- Viele Patienten wollen die Meinung ihres **sozialen Umfeldes** in den Entscheidungsprozess miteinbeziehen.

4. Behandlungsentscheidung:

- Gemeinsames Entscheidungstreffen.
- Es kann aber vorkommen, dass sich die Beteiligten trotz gemeinsamer Diskussion nicht einig werden.
- Der Patient hat jederzeit das Recht, eine bestimmte Behandlungsoption abzulehnen oder die Meinung von weiteren beteiligten Ärzten zu hören.

Anlage 3.7: Shared Decision Making

II. Vorbereitung des Patientengesprächs

- Prüfen der Indikation für SDM: insbesondere bei anstehenden Entscheidungen mit mehreren evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten
- Wählen Sie je nach Anlass den geeigneten Raum und Zeitpunkt – für ernste Diagnosemitteilung sollten Sie mehr Zeit einplanen und möglichst ungestört sein
- Sollten Angehörige des Patienten anwesend sein?
- Wird ein Übersetzer benötigt?
- Bereiten Sie notwendige Unterlagen vor, z. B. Fragebögen, Informationsmaterial

  Beispiele für Entscheidungshilfen für SDM:

  - Eine allgemeine Entscheidungshilfe für Patienten im PDF-Format für Patienten zum Selbstausfüllen: https://www.gesundheitsinformation.de/zum-ausfuellen-eine-entscheidungshilfe.html
  - „Patientenblätter“ des ÄZQ: https://www.patienten-information.de/patientenblaetter/

Anlage 3.7: Shared Decision Making

III. Leitfaden für ein Patientengespräch

Grundsätzliches:

- Stellen Sie während des Patientengesprächs durch aktives Zuhören das Verständnis sicher

  Beispiel: „*Ich habe Sie so verstanden, dass Sie sich eher grundsätzlich gegen ein Medikament entscheiden würden?*“

- Patienten wenn möglich ausreden lassen
- Blickkontakt herstellen und Körpersprache beachten
- Vermeidung von Fachtermini – möglichst laiengerechte Sprache verwenden
- Patienten zu Fragen ermutigen

Gesprächsaufbau:

1. Gesprächseröffnung - Gesprächsziel definieren

   Beispiel: „*Heute soll in unserem Gespräch über das weitere Vorgehen entschieden werden. Jede Möglichkeit hat Vor- und Nachteile, die wir gemeinsam besprechen werden. Wenn Ihnen etwas unklar ist, können Sie gerne Rückfragen stellen.*“

2. Patientenbeteiligung begründen

   Beispiel: „*Für den Erfolg der Behandlung ist es wichtig, dass Sie verstehen, was und warum gemacht wird.*“

3. Vor- und Nachteile jeder therapeutischen Option in laiengerechter Sprache erklären

   Beispiel: „*Es gibt in Ihrem Fall folgende Möglichkeiten der Behandlung: A, B und C. Folgend werde ich Ihnen kurz die Vor- und Nachteile jeder Möglichkeit erklären und dies mit Ihnen zusammen gewichten.“*

4. Erwartungen, Bedenken, Werte und Situation des Patienten erfragen

   Beispiel: „*Gibt es noch weitere Ihnen wichtige Punkte, die wir bisher noch nicht besprochen haben? Gibt es noch andere Faktoren, die Ihre Entscheidung für oder gegen eine der o. g. Behandlungsmöglichkeiten beeinflussen?“*

5. Gemeinsam Entscheidung treffen

   Beispiel: „*Haben Sie schon eine bevorzugte Behandlungsmöglichkeit? Oder brauchen Sie noch etwas, um gemeinsam eine Entscheidung treffen zu können?“*

6. Umsetzung der Entscheidung planen und Gesprächsabschluss

   Beispiel: „*Sie beginnen, wie besprochen, zunächst mit einer halben Tablette morgens. In 14 Tagen sprechen wir uns kurz wieder, ob Sie das neue Medikament gut vertragen.“*

Anlage 4: Teilnahmeerklärung der Ärzte

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

Teilnahme am Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) zwischen der KV Hamburg und der KKH, HEK, TK sowie beigetreten AOK RH

Hinweis:

- Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!
- Angestellte Ärzte (vgl. B) können nur teilnehmen, wenn der anstellende Arzt auch am Vertrag teilnimmt. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung muss in diesem Fall angestellten und vom anstellenden Arzt unterzeichnet werden.
- Ärzte, die nur in einer Zweigpraxis oder im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft auf dem Gebiet der KV Hamburg tätig sind, können an diesem Vertrag nicht teilnehmen. Ihnen wird aber die Möglichkeit gegeben einen Einzelvertrag zu gleichen Konditionen mit der Krankenkasse abzuschließen. Dafür wenden Sie sich bitte direkt an die Krankenkasse.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Betriebsstättennummer **und** Anschrift der Hauptbetriebsstätte

A. Die Teilnahmeerklärung erfolgt für

Name, Vorname | Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Telefonnummer _____

E-Mail Adresse _____

Anlage 4: Teilnahmeerklärung der Ärzte

B. Die Teilnahmeerklärung erfolgt zusätzlich für folgende(n) angestellte(n) Arzt/Ärzte

Name, Vorname | Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Name, Vorname | Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Name, Vorname | Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Hiermit erkläre ich, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

(1) Ich und die bei mir angestellten Ärzte sind über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert.

(2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß § 3 des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle. Durch meine Unterschrift erkläre ich, über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung zu verfügen. Des Weiteren erkläre ich, eine leitliniengerechte Behandlung durchzuführen.

(3) Des Weiteren erkläre ich, dass ich regelmäßig (mindestens jährlich) an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen bzw. an anerkannten Qualitätszirkeln teilnehme, die einen krankheitsspezifischen Bezug auf die in den Anlagen 3.1 bis 3.6 des Vertrages zu versorgenden Krankheitsbilder (z.B. pneumologisch-/diabetologisch-/KHK-spezifisch) haben. Durch regelmäßige Fortbildung mache ich mich mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass ich sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann. Die besonderen Untersuchungstechniken umfassen dabei die Durchführung des Screenings gemäß den Anlagen 3.1 bis 3.6 und deren Anhänge. Die Teilnahme an den krankheitsspezifischen zertifizierten Fortbildungen bzw. Qualitätszirkeln ist der KV Hamburg alle fünf Jahre, beginnend mit Ablauf des Jahres, in dem ich die Teilnahme an dem Vertrag erklärt habe, nachzuweisen.

(4) Ich erkläre, dass die unter Absatz 2 und 3 aufgeführten Erklärungen auch für die bei mir angestellten Ärzte gelten.

(5) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der KV Hamburg in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten

Anlage 4: Teilnahmeerklärung der Ärzte

Patienten selbst geltend zu machen.

(6) Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme freiwillig ist und meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Hamburg.
- die Teilnahme endet, wenn die Fortbildungen/Qualitätszirkel nach § 2 Abs. 3a des Vertrages nicht bis zum 15.02. nach Ablauf eines Fünfjahreszeitraums nachgewiesen wurden.
- Die Teilnahme mit dem Ende oder Wegfall meiner Zulassung oder Approbation endet.
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer, LANR und BSNR der ärztlichen Teilnehmer des Vertrages an die KKH, HEK, TK und AOK RH sowie der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KKH, HEK, TK, AOK RH und der KV Hamburg zu Abrechnungszwecken und zur Versicherteninformation bin ich einverstanden. Die bei mir angestellten Ärzte haben mir gegenüber ein gleichlautendes Einverständnis in die Übermittlung und Veröffentlichung vorgenannter Daten erklärt.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift **Arzt / ärztlicher Leiter des MVZ**

Unterschrift **angestellter Arzt**

Unterschrift **angestellter Arzt**

Unterschrift **angestellter Arzt**

Anlage 5: Beitrittserklärung für Krankenkassen

Anlage 5
Beitrittserklärung für Krankenkassen

Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

gemäß §140 a SGB V

zwischen der KV Hamburg und den Krankenkassen KKH, HEK und TK

Vertragskennzeichen: 121022KK002

Krankenkasse: _____

IK: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Die oben genannte Krankenkasse erklärt den verbindlichen Beitritt als beitretende Krankenkasse zu dem Vertrag gem. § 140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen. Alle Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem Vertrag und gelten mit Unterzeichnung.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift/Stempel beitretende Krankenkasse

Anlage 5: Beitrittserklärung für Krankenkassen

Vertragskennzeichen: 121022KK002

Einwilligung zum Beitritt

Die KV HH und die vertragsschließenden Krankenkassen erklären sich durch Unterzeichnung bereit, die aufgeführte Krankenkasse in den Vertrag aufzunehmen. Notwendige Anpassungen an den Anlagen des Vertrages, um den Beitritt der genannten Krankenkasse kenntlich zu machen, werden durch die vertragsschließenden Krankenkassen durchgeführt. Es bedarf keiner gesonderten Änderungsvereinbarung.

Ort, Datum	Unterschrift/Stempel Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Ort, Datum	Unterschrift/Stempel Kaufmännische Krankenkasse
Ort, Datum	Unterschrift/Stempel Hanseatische Krankenkasse
Ort, Datum	Unterschrift/ Stempel Techniker Krankenkasse

Anlage 6: Verzeichnis teilnehmende Krankenkassen

Die vertragsschließenden Krankenkassen erstellen nach § 2 Abs. 1 des Rahmenvertrages ein Verzeichnis über die Teilnahme der Krankenkassen und halten dieses stets auf dem aktuellen Stand. Das Verzeichnis wird der KV Hamburg in der aktuellsten Version bereitgestellt.

Verzeichnis teilnehmende Krankenkassen

Status Krankenkasse	Name der Krankenkasse	Datum der Teilnahme
Vertragsschließende Krankenkasse	Kaufmännische Krankenkasse - KKH	01.10.2021
Vertragsschließende Krankenkasse	Techniker Krankenkasse - TK	01.10.2021
Vertragsschließende Krankenkasse	Hanseatische Krankenkasse - HEK	01.10.2021
Beigetretene Krankenkasse	AOK Rheinland/Hamburg	01.01.2026