



## **Vertrag**

### **über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage von § 140a SGB V**

zwischen der

**DAK-Gesundheit**

Landesvertretung Hamburg

- nachfolgend „DAK-G“ genannt -

und der

**Kassenärztlichen Vereinigung**

Hamburg

- nachfolgend „KV Hamburg“ genannt -

sowie des Beitritts der Techniker Krankenkasse (TK) zum 1. Juli 2019  
sowie des Beitritts der Kaufmännischen Krankenkasse - KKH zum 1. April 2020  
sowie des Beitritts der BIG direkt gesund zum 1. April 2023  
sowie des Beitritts der AOK Rheinland/Hamburg zum 1. Januar 2026

**i. d. F. des 2. Nachtrages zum 1. Oktober 2022**

**Vertragsnummer 121022DA007**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Präambel**

- § 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages**
- § 2 Teilnahme der Versicherten**
- § 3 Teilnahme der Hausärzte**
- § 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte**
- § 5 Aufgaben der KV Hamburg**
- § 6 Aufgaben der DAK-G**
- § 7 Vergütung**
- § 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KV Hamburg**
- § 9 Abrechnung zwischen der KV Hamburg und der DAK-G**
- § 10 Qualitätssicherung**
- § 11 Beitritt von Krankenkassen**
- § 12 Datenschutz**
- § 13 Salvatorische Klausel**
- § 14 Inkrafttreten und Kündigung**

## **Anlagenverzeichnis**

- Anlage 1 Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“**
- Anlage 2 Versorgungsfeld „Nephrologische Komplikationen“**
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung des Hausarztes**
- Anlage 4 Versicherteninformation**
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung der Versicherten**
- Anlage 6 Merkblatt Datenschutz**
- Anlage 7 Abrechnung und Vergütung**

## **Präambel**

Das epidemiologische Bulletin 5/2015 des Robert-Koch-Institutes sagt hinsichtlich der Prävalenz der **Hypertonie**:

*Fast jeder dritte Erwachsene ist betroffen, das sind rund 20 Millionen 18- bis 79-Jährige. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen haben sogar drei von vier Erwachsenen eine Hypertonie.*

Bezüglich der Krankheitsbedeutung hinsichtlich seiner Folgeerkrankungen steht dort:

*Erhöhter Blutdruck hatte nach Schätzungen der Global Burden of Disease-Studie 2010 den zweithöchsten Anteil an der gesamten Krankheitslast in Deutschland:*

*Erhöhter Blutdruck erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (in erster Linie Schlaganfälle, koronare Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz), aber auch für chronische Niereninsuffizienz und Demenz. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass erhöhter Blutdruck 2010 zur größten globalen Gesundheitsgefahr aufgerückt ist.*

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

Mithilfe dieses Vertrages soll eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Gefäßerkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit einer Hypertonie behoben werden.

Hierdurch soll langfristig ein hohes Maß an Lebensqualität erhalten werden sowie die mit schwerwiegenden Krankheitsverläufen stets einhergehenden Kosten deutlich gesenkt werden.

## **§ 1**

### **Ziel und Gegenstand des Vertrages**

1. Das Ziel dieses Vertrages besteht darin, durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern. Damit soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange vermieden und gleichzeitig eine Reduktion der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.
2. Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.
3. Dieser Vertrag regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Versorgungsfelder „Vaskuläre Komplikationen“ (Anlage 1) und „Nephrologische Komplikationen“ (Anlage 2).

## **§ 2**

### **Teilnahme der Versicherten**

1. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-G ohne Rücksicht auf deren Wohnort, die sich aufgrund ihrer Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsfeldern entsprechend den Anlagen 1 und 2 beschriebenen spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen.
2. Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einverständniserklärung (Anlage 5). Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er vom teilnehmenden Arzt<sup>1</sup> über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt wurde und die Versicherteninformation (Anlage 4) und das Datenschutzmerkblatt (Anlage 6) erhalten hat.
3. Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-G ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-G.
4. Im Falle eines fristgerechten Widerrufs der Teilnahme durch den Versicherten werden die vom teilnehmenden Arzt bis zum Zugang des Schreibens nach Absatz 10 erbrachten Leistungen gemäß des Vertrages von der DAK-G vergütet.
5. Mit seiner Unterschrift bindet sich der teilnehmende Versicherte für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Der Versicherte kann seine Teilnahme jeweils spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der DAK-G kündigen. Sofern die Teilnahme nicht innerhalb dieser Frist gekündigt wird, verlängert sich die Teilnahme automatisch um jeweils ein Jahr. Der teilnehmende Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber der DAK-G außerordentlich kündigen,

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen. Im Folgenden wird einheitlich der Begriff „Arzt“ verwendet.

sofern konkret zu benennende Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung) vorliegen.

6. Sofern der teilnehmende Versicherte gegen die vertraglich vereinbarten Pflichten verstößt, kann die DAK-G diesen Versicherten von der weiteren Teilnahme an diesem Vertrag ausschließen.
7. 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 DAK-G an den Versicherten, sich für einen betreuenden Arzt im Rahmen dieses Vertrages zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der DAK-G unverzüglich mitzuteilen. Die DAK-G unterrichtet schriftlich die betroffenen Ärzte. Die Vergütung der Ärzte wird seitens der DAK-G so lange sichergestellt, bis der Arzt von der DAK-G über die Mehrfacheinschreibung unterrichtet wurde.
8. Eine gleichzeitige Teilnahme der Versicherten am „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V“ zwischen der DAK-G und der KV Hamburg ist nicht möglich.
9. Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus
  - a. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzung nach Absatz 1,
  - b. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehendem Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
  - c. mit dem Ende dieses Vertrages.
10. Die DAK-G informiert den teilnehmenden Arzt und die KV Hamburg zeitnah schriftlich über Teilnahmebeendigungen und Widerrufe.

### **§ 3**

#### **Teilnahme der Hausärzte**

1. Teilnehmen können alle im Bereich der KV Hamburg zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V zugelassenen Hausärzte und bei Vertragsärzten angestellte Hausärzte. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein.
2. Der Arzt erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 bei der KV Hamburg.
3. Die teilnehmenden Ärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung, die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
  - a. Der Arzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal.
  - b. Der Arzt macht sich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass er sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann.

- c. Der Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung.
4. Die Teilnahme ist freiwillig und kann mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Hamburg gekündigt werden. Die Teilnahme am Vertrag kann im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden
5. Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet ferner, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit
  - a. dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
  - b. dem Ende dieses Vertrages.
6. Die teilnehmenden Ärzte stimmen der Veröffentlichung ihrer Kontaktdaten (Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer) in einem Teilnehmerverzeichnis auf der Homepage der DAK-G und der KV Hamburg zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

#### **§ 4**

##### **Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte**

1. Der Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß der Anlagen 1 und 2 beschriebenen Leistungen hin.
2. Der teilnehmende Arzt füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5 aus und händigt die Versicherteninformation gemäß Anlage 4 und das Datenschutzmerkblatt nach Anlage 6 aus. Er übermittelt die Teilnahmeerklärung (im Original) über die KV Hamburg zur Weiterleitung an die DAK-G (Adresse: siehe Teilnahmeerklärung nach Anlage 5). Die Teilnahmeerklärung muss spätestens bei der Abrechnung vorliegen. Im Falle einer unwirksamen Teilnahme des Versicherten werden die vom teilnehmenden Arzt bereits erbrachten Leistungen gemäß Anlage 7 von der DAK-G vergütet.
3. Der Hausarzt erbringt bei den Versicherten der DAK-Gesundheit die in den einzelnen Versorgungsfeldern nach Anlage 1 und 2 näher beschriebenen Leistungen unter Beachtung der jeweils benannten medizinischen Leitlinien. Sofern der Hausarzt passende DMPs anbietet, an denen der Versicherte noch nicht teilnimmt, soll er jenem die Teilnahme empfehlen.

#### **§ 5**

##### **Aufgaben der KV Hamburg**

1. Die KV Hamburg veröffentlicht den Vertrag gemäß ihrer Satzung. Gleichzeitig erfolgt eine Veröffentlichung im Internet.
2. Die KV Hamburg nimmt die Abrechnung der teilnehmenden Ärzte entgegen und rechnet diese ab.
3. Die KV Hamburg vergütet die Leistungen der teilnehmenden Ärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen der jeweiligen Leistungen unter Berücksichtigung der Prüfung der Angabe einer für die

jeweilige Leistung relevanten Behandlungsdiagnose. Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen erfolgt keine Vergütung.

4. Über die teilnehmenden Ärzte führt die KV Hamburg ein Verzeichnis. Die KV Hamburg stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der DAK-G quartalsweise in elektronischer Form zur Verfügung.

## **§ 6 Aufgaben der DAK-G**

Die DAK-G informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt und Ablauf dieses besonderen Versorgungsvertrages.

## **§ 7 Vergütung**

1. Die Vergütung der Leistungen nach § 4 i.V.m. Anlage 1 und Anlage 2 ist in Anlage 7 geregelt.
2. Die Vergütung der Leistungen nach Abs. 1 erfolgt durch die DAK-G außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
3. Vergütungsfähig sind Leistungen nach Abs. 1, die unter Beachtung der Regelungen im § 295 Absatz 1 SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte des GKV-Quartalsabrechnungsverfahrens in der jeweils geltenden Fassung dokumentiert und übermittelt werden. Zur vollständigen Leistungserbringung gehört die Angabe einer für die jeweilige Leistung relevanten Diagnose.
4. Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.
5. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die in Anlagen 1 bis 2 vertraglich vereinbarten Leistungen nicht der Regelversorgung unterliegen.

## **§ 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KV Hamburg**

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
2. Der Arzt rechnet seine Leistungen nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 i.V.m. Anlage 1 und Anlage 2 bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzung erfüllen, unter Angabe der GOP gem. Anlage 7 und unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10 GM gegenüber der KV Hamburg ab.
3. Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
4. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.

5. Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KV Hamburg, die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen, der Vertrag gemäß § 106d Abs. 5 SGB V über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Bundesmantelvertrag, in ihren jeweils gültigen Fassungen.

## **§ 9**

### **Abrechnung zwischen der KV Hamburg und der DAK-G**

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
2. Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in Anlage 7 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten GOP und Vergütungsbeträgen.
3. Die KV Hamburg prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung unter Einschluss der Prüfung der Angabe einer relevanten Diagnose.
4. 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 vdek und der KV Hamburg entsprechend.

## **§ 10**

### **Qualitätssicherung**

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

## **§ 11**

### **Beitritt von Krankenkassen**

1. Der Beitritt von Ersatzkassen ist sofort möglich, für alle übrigen Kassenarten frühestens zum 01.10.2020. Der Beitritt ist den Vertragspartnern schriftlich anzuzeigen. Der Beitritt beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner, frühestens jedoch zum 1. des Folgequartals. Sie werden jedoch ausdrücklich nicht Vertragspartner dieses Versorgungsvertrages. Der Beitritt beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner.
2. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung akzeptiert. Bei vertraglichen Anpassungen steht den Beigetretenen ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Frist hierfür beträgt drei Monate zum Quartalsende.

## **§ 12**

### **Datenschutz**

1. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach dem SGB und zum Schutz personenbezogener Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie ggf. ergänzend das Bundesdatenschutzgesetz n. F. einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten



nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen.

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

### **§ 13**

#### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahe kommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass bei der Anwendung der vorgenannten Regelung zunächst die bestehenden Bestimmungen des zwischen den Vertragspartnern bestehenden Gesamtvertrages berücksichtigt werden.

### **§ 14**

#### **Inkrafttreten und Kündigung**

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2019 in Kraft.
2. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch schriftliche Erklärung gegenüber der anderen Vertragspartei gekündigt werden.
3. Ein Recht zur fristlosen Kündigung ist gegeben, wenn
  - a. ein wichtiger Grund, insbesondere ein Vertragsverstoß, vorliegt
  - b. aufgrund aufsichtsrechtlicher Bedenken oder einer Anweisung der zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr möglich ist. Die Vertragsparteien sind sich einig, dass in diesem Fall der Vertrag nicht rückabgewickelt wird.
4. Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen der Anlagen bedürfen keiner Vertragskündigung. Der Vertrag bleibt durch Änderung seiner Anlagen unberührt. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Hamburg, den 27.03.2019

---

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
vertreten durch den Vorstand

---

DAK-G Landesvertretung Hamburg  
vertreten durch die Leiterin der Landesvertretung Hamburg

## Anlage 1

### **Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Hypertonie, Vertragsnummer 121022DA007**

#### **Screening zur Früherkennung einer PAVK**

1. Das Screening zur Früherkennung einer PAVK soll bei Versicherten durchgeführt werden, die die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:
  - Teilnahme am Vertrag „Begleiterkrankungen der Hypertonie“
  - Vollendung des 50. Lebensjahres zum Zeitpunkt des Screenings
  - gesicherte Hypertoniediagnose (I10.- bis I13.-)
  - keine bekannte PAVK (I70.2-)\*
  - kein manifester Diabetes mellitus\*\*
2. Der Arzt führt ein Screening zur Früherkennung einer PAVK entsprechend der „S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit“ der Deutschen Gesellschaft für Angiologie - Gesellschaft für Gefäßmedizin e.V. in der jeweils geltenden Fassung durch.
3. Eine Wiederholung des Screenings ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.

#### **Erläuterungen**

\* Eine PAVK gilt als bekannt, wenn sie bereits in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurde.

\*\* Ausgenommen vom Screening sind Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus. Um die hier beschriebene Leistung zu erhalten, sollen sie stattdessen an dem zwischen den Vertragspartnern bestehenden „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V“ teilnehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass sich während der Teilnahme an diesem Versorgungsfeld ein Diabetes mellitus neu manifestiert.

#### **Krankheitsorientiertes intensives Gespräch**

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

- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung. Dabei bezieht er den Patienten in den Behandlungsprozess ein, um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen.
- Der Arzt bespricht mit dem Patienten erforderliche Lebensstiländerungen und setzt in diesem Kontext mit dem Patienten auch Schwerpunkte.

- Der Arzt berät und prüft umfassend die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Arzneimitteltherapie(n). Hierzu verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie(n). Er erfragt gezielt spezifische Nebenwirkungen beim Patienten, um auch Nebenwirkungen, die als solche vom Patienten nicht erkannt werden, aufzudecken. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte, sowie evtl. Selbstmedikationen des Patienten.

Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer PAVK erfolgen und hat eine Mindestdauer von 20 Minuten.

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

## Anlage 2

### Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie, Vertragsnummer 121022DA007

#### Screening zur Früherkennung einer chronischen Nierenkrankheit

1. Das Screening zur Früherkennung einer chronischen Nierenkrankheit soll bei Versicherten durchgeführt werden, die die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:
  - Teilnahme am Vertrag "Begleiterkrankungen der Hypertonie"
  - gesicherte Hypertoniediagnose (I10.- bis I13.-)
  - keine bekannte chronische Nierenkrankheit (N18, N19, I12.0\*, I13.1\*, I13.2\*, Z49.0-2, ZZ99.2)\*
  - kein manifester Diabetes mellitus\*\*
2. Der Arzt führt ein Screening zur Früherkennung einer chronischen Nierenkrankheit durch. Dafür soll eine Urinuntersuchung mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen erfolgen, der gleichzeitig die Kreatininmenge bestimmt, so dass dort der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann.
3. Eine Wiederholung der Screenings ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.

#### Erläuterungen

\* Eine chronische Nierenkrankheit gilt als bekannt, wenn sie bereits in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurde.

\*\* Ausgenommen vom Screening sind Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus. Um die hier beschriebene Leistung zu erhalten, sollen sie stattdessen an dem zwischen den Vertragspartnern bestehenden „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V“ teilnehmen. Dies gilt auch für den Fall, dass sich während der Teilnahme an diesem Versorgungsfeld ein Diabetes mellitus neu manifestiert.

#### Krankheitsorientiertes intensives Gespräch

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

- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung. Dabei bezieht er den Patienten in den Behandlungsprozess ein, um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen.

- Der Arzt motiviert den Patienten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerungen und klärt über präventive Maßnahmen auf.
- 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 Patienten.

Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer chronischen Nierenkrankheit erfolgen und hat eine Mindestdauer von 20 Minuten.

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

## Anlage 3

### Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

**Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Hamburg und der DAK-Gesundheit sowie der Techniker Krankenkasse (TK), der KKH, der BIG direkt gesund (BIG) und der AOK Rheinland/Hamburg**

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

- (1) Ich bin über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß § 3 Nr. 3 des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle.
- (3) 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 Patienten selbst geltend zu machen.
- (4) Mir 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 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 und Telefonnummer der ärztlichen Teilnehmer des Vertrages an die DAK-G, die TK, die KKH, die BIG und die AOK RH sowie der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der DAK-G, der TK, der KKH, der BIG, der AOK RH und der KV Hamburg zum Zweck der Versicherteninformation bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

**Wichtig:**

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!



Vertrags-Nr.:

**121022DA007**

### **Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie**

## **Versicherteninformation**

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie“ teilzunehmen. Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser besonderen Versorgung informieren:

### **Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung**

Als Folge der Hypertonie können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen.

Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen.

Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung

- der Gefäßschädigung (Angiopathie),
- der chronischen Nierenkrankheit (Nephropathie).

### **Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**

Um Sie im Rahmen dieser besonderen Versorgung individuell begleiten und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass Sie für die Behandlung Ihrer Erkrankung nur die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich nicht an diese Vorgabe halten. In Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes liegt kein pflichtwidriges Verhalten vor.

Welche Leistungserbringer an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der DAK-Gesundheit unter [www.dak.de/121022DA007](http://www.dak.de/121022DA007) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem DAK-Servicezentrum anfordern.

### **Widerruf**

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

### **Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme**

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

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

### **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten**

Die DAK-Gesundheit behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.



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

Als Folge der Hypertonie (Bluthochdruck) können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen.

Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen.

Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Sofern Sie an Hypertonie erkrankt sind, besteht mit der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung für Sie die Möglichkeit, dass Folgeschäden wie Gefäßschädigung (Angiopathie) und chronische Nierenkrankheit (Nephropathie) frühzeitig erkannt und behandelt werden können.

### **Details zur Behandlung**

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der folgenden Begleiterkrankungen:

#### **Gefäßschädigungen (Angiopathie):**

Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

#### **Nierenschäden (Nephropathie):**

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Test-streifen nach ersten Hinweisen sucht.

### **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.

### **Bindungsfrist**

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte, Kliniken und Therapieeinrichtungen für 12 Monate gebunden. Danach können Sie Ihre Teilnahme einer Frist von vier Wochen zum Ende des Kalenderjahres kündigen.

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

### **Fragen zum Behandlungsangebot**

Unsere Spezialistinnen und Spezialisten vom TK-Patientenservice beraten Sie gern:

Telefon: 040 - 46 06 62 01 70

Servicezeiten: Montag - Donnerstag 8 - 18 Uhr und Freitag 8 - 16 Uhr

## „Besondere Versorgung (BesV)“

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und  
Behandlung von Begleiterkrankungen  
der Hypertonie



Vertragskennzeichen:  
121022KK003

## Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

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

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

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

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der

#### **Gefäßschädigungen (Angiopathie):**

Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

#### **Nierenschäden (Nephropathie):**

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach ersten Hinweisen sucht.

### Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

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

Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der KKH unter [www.kkh.de/frueherkennung-hypertonie](http://www.kkh.de/frueherkennung-hypertonie) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern.

## Widerruf

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Das reguläre Behandlungsende sowie die Fristen zur Beendigung Ihrer Teilnahme sind wie folgt geregelt:

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

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

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

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

Bitte senden Sie Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch in Textform über eine der unten genannten Möglichkeiten an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH Servicestelle.

(Postalisch an KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover, per Fax an die 0511 80 684 684 oder per E-Mail an [BesV@kkh.de](mailto:BesV@kkh.de))

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

## Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

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

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

## **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten**

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

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

**Vertragsnummer:**  
**12002511002**



## **Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Hamburg; Versicherteninformation**

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie teilzunehmen. Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren.

### **Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung**

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

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung

- der Gefäßschädigung (Angiopathie) und
- der chronischen Nierenkrankheit (Nephropathie)

### **Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie 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. Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der BIG direkt gesund nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei der BIG direkt gesund anfordern.

## Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG direkt gesund. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die BIG direkt gesund Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

## Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie Ihre Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündigen. Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder einer Praxisschließung vor.

## Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die BIG direkt gesund behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der BIG direkt gesund 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.

# Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz am Vertrag „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie“

## **Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung**

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

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung

- der Gefäßschädigung (Angiopathie) und
- der chronischen Nierenkrankheit (Nephropathie)

## **Widerruf**

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Rheinland/Hamburg. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die AOK Rheinland/Hamburg Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

## **Zeitraum der Teilnahme**

Ihre Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

Möglichkeiten und Beendigung der Teilnahme: Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern die Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen gekündigt wird. Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder einer Praxisschließung vor.

## **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.

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

## Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung



### Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Vertrags-Nr.:  
**121022DA007**



**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**

DAK-Gesundheit, Fachzentrum Ambulante Abrechnungen, Balingen Str. 80,  
72336 Balingen. Fax. Nr. 07433 96729-7004, E-Mail: igv@dak.de

## Teilnahmeerklärung

### 1. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme

Mein behandelnder Arzt hat mich ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert. **Eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.** Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündige. Ich kann meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen. Ein wichtiger Grund liegt z.B. bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.

Mir ist bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.

### 2. Widerrufsrecht

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.

### 3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das mir ausgehändigte Datenschutzmerkblatt habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.

Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder der DAK-Gesundheit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann jedoch nicht mehr möglich.

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte(r) / gesetzlicher Vertreter

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Leistungserbringer

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



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

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



## Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

Vertrag nach § 140a SGB V

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

**Vertragskennzeichen:**  
**121022KK003**

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**  
KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover,  
per Fax 0511 80 684 684 oder Email an [BesV@kkh.de](mailto:BesV@kkh.de)

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung

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

**Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterschrift ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner 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 nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. 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: 02/2020

Vertragskennzeichen: 121022KK003

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 6 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.**

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

### **Vom einschreibenden Arzt auszufüllen**

\_\_\_\_\_  
LANR / BSNR

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 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

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



## Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung

### Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie in Hamburg

Vertragsnummer:  
12002511002

Per Mail: [Info@big-direkt.de](mailto:Info@big-direkt.de) oder Fax: 0231/5557-199

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden bin. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündige.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.

### 2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

**Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der BIG direkt gesund ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BIG direkt gesund.**

**Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die BIG direkt gesund mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.**

### 3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Ärzte eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes für Innere Medizin.
- ich mich über die teilnehmenden Ärzte auf der Homepage der BIG direkt gesund informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei der BIG direkt gesund anfordern kann.

### 4. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Teilnahme

- Ich willige in (1.) die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt“ habe ich gelesen und verstanden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
- Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der Daten wird davon nicht berührt.
- Ja, ich möchte (2.) gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

### 5. Einverständniserklärung zur Evaluation:

Ich bin damit einverstanden, dass zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung, für Bewertungen und zur Weiterentwicklung dieses Versorgungskonzeptes patientenbezogene Daten erfasst, anonymisiert verarbeitet und wissenschaftlich ausgewertet werden. Die Einverständniserklärung ist keine Voraussetzung zur Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

### Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Institutionskennzeichen (IK)

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel

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



AOK Rheinland/Hamburg  
Die Gesundheitskasse.

Netznummer: 282

## Teilnahmeerklärung

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage des § 140a SGB V

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

**AOK Rheinland/Hamburg, Postfach, 40666 Düsseldorf**

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 bis zur Beendigung des in der Versicherteninformation dargestellten Zeitraumes an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme jährlich automatisch um 12 Monate. 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 beigelegt) erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen Versorgung teilnehmenden 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.





Vertrags-Nr.:

**121022DA007**

### Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

## Datenschutzmerkblatt

Um Sie im Rahmen der besonderen Versorgung optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass die Ihre Person betreffenden medizinischen, personenbezogenen Daten (Kontaktdaten, Diagnose, Versichertennummer sowie Verlauf und Prognose Ihrer Erkrankung) zum Zwecke der Abrechnung, der gemeinsamen Dokumentation, Information zu Ihrer Einschreibung sowie Qualitätssicherung zwischen allen an dieser besonderen Versorgung Beteiligten (teilnehmende Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und Ihre Krankenkasse) untereinander übermittelt, verarbeitet und genutzt werden können. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Sofern Sie uns diese Erlaubnis nicht erteilen, können Sie nicht an dieser besonderen Versorgung teilnehmen. Selbstverständlich haben Sie weiterhin Anspruch auf alle Leistungen der Regelversorgung. Sie profitieren in diesem Fall allerdings nicht von den zusätzlichen Angeboten im Rahmen des Vertrages „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie“.

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die teilnehmenden Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die DAK-Gesundheit, soweit die Informationen nach Maßgabe des § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V für die Sicherstellung der erfolgreichen Durchführung der Vereinbarung über die besondere Versorgung und des Behandlungserfolgs erforderlich sind, einverstanden. Die Datenverarbeitung erfolgt unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz (Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher) und der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Daten bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen sowie Auskunft zu erhalten. Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dies hat jedoch zur Folge, dass Sie nicht mehr an dieser besonderen Versorgung teilnehmen können. Aufgrund Ihrer vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf nicht berührt.

### 1. Übermittlung von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern/Leistungserbringern benötigt die DAK-Gesundheit die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, welche der teilnehmende behandelnde Arzt von Ihnen als Teilnehmer/Teilnehmerin erhebt und gemäß § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V an die DAK-Gesundheit weiterleitet.

### 2. Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation Ihrer medizinischen Daten

Ihre mit der Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) werden von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert. Ihre Daten können aus der Dokumentation abgerufen und genutzt werden, soweit es für Ihre konkret anstehende Behandlung im Rahmen dieser besonderen Versorgung erforderlich ist. Die von Ihrem Behandler im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Behandlers. Die DAK-Gesundheit hat keinen Zugriff auf die gemeinsame Dokumentation Ihrer medizinischen Daten.

### 3. Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung

Ihre für die Abrechnung Ihrer Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen sowie Diagnosen) werden von Ihrem teilnehmenden behandelnden Arzt nach § 295 Abs. 1b SGB V in elektronischer Form an die Annahme- und Abrechnungsstelle (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg) übersandt. Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Annahme- und Abrechnungsstelle (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg) die korrekte Abrechnung und leitet diese an die DAK-Gesundheit weiter.

#### 4. Speicherung und Löschung der Daten

Die DAK-Gesundheit behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung, -löschung sowie -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften werden eingehalten. Es werden nur Daten gespeichert, die für die Erfüllung im Rahmen der besonderen Versorgung erforderlich sind. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht dem Datenschutz und den datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Je nach Verarbeitungszweck gibt es für die Sozialdaten unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, die in den §§ 110a SGB IV, 304 SGB V, 107 SGB XI und in den Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden Daten gelöscht. Die Löschung erfolgt regelmäßig nach 6 Jahren, wenn die Daten für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden. Eine endgültige Löschung dieser erfolgt daher erst nach Ablauf der 10 Jahre.

#### 5. Ansprechpartner und Verantwortliche für die Datenverarbeitung

##### DAK-Gesundheit

###### **Identität des Verantwortlichen**

DAK-Gesundheit Krankenkasse  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg  
Telefon: 040 23648550, E-Mail: [service@dak.de](mailto:service@dak.de)

###### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der DAK-Gesundheit  
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg  
[datenschutz@dak.de](mailto:datenschutz@dak.de)

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.dak.de/datenschutz](http://www.dak.de/datenschutz)

##### Name Vertragspartner

Für die Datenverarbeitung im Rahmen der Versorgung/des Managements/der Organisation der besonderen Versorgung ist die/der Name Vertragspartner verantwortlich.

Name Verantwortlicher beim Vertragspartner  
Anschrift, (E-Mail) [datenschutz@xx.de](mailto:datenschutz@xx.de)

Sollten Sie Fragen haben, steht Ihnen der/die Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung:

Name Datenschutzbeauftragter beim Vertragspartner  
Anschrift, (E-Mail) [datenschutz@xx.de](mailto:datenschutz@xx.de)

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde bei dem

Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)  
Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn  
[poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)  
[poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de)

# Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung



## Informationen zur Teilnahme

### Hochwertige Behandlung und Extraservices

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der "Besonderen Versorgung" interessieren. Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

### So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen. Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die Techniker Krankenkasse absenden.

### Bindungsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende (vgl. Konkretisierung im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot) an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt 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 z. B. Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode nicht mehr vorhanden, Ihr Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist oder Sie Ihren Leistungserbringer aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen können. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zuzusenden.

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 Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

## Informationen zum Datenschutz

### Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

### 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. Die Teilnahmeerklärung informiert Sie darüber, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

### Umgang mit Ihren Daten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der Techniker Krankenkasse regelmäßig sechs Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf [www.tk.de](http://www.tk.de) - bitte geben Sie zum Öffnen der Seite den Webcode 2019572 in das Suchfeld ein. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: [datenschutz@tk.de](mailto:datenschutz@tk.de).

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, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) oder [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de).

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

### Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer 0800 - 285 85 85.

Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie in Ihrer Arztpraxis und auf [www.tk.de](http://www.tk.de).

## **Umgang mit Ihren Daten**

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

Die Verarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, wenn Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Sie haben das Recht Ihre Einwilligungserklärung jederzeit mit der in der Versicherteninformation benannten Frist zu widerrufen. Der Widerruf berührt nicht die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung. Bitte beachten Sie für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme der an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

## **Datenverarbeitung zur medizinischen Dokumentation/ Gesundheitsdaten**

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

Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre 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**

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

## 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. Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, der sozialgesetzlichen oder anderer Rechtsvorschriften unter den Vertragspartnern: der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, dem Arzt und der KKH zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung nach § 295 SGB V der besonderen Versorgung.

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

Ihre erhobenen und verarbeiteten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung, bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von 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 6 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](mailto: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](http://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 der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Husarenstr. 30, 53117 Bonn oder [poststelle@bfdi.bund.de](mailto: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](mailto:datenschutz@kkh.de). Wir helfen Ihnen gern weiter.

Vertragsnummer:  
12002511002

## **Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie; Datenschutzmerkblatt**

Um Sie im Rahmen der besonderen Versorgung optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass die Ihre Person betreffenden medizinischen, personenbezogenen Daten (Kontaktdaten, Diagnose, Versichertennummer sowie Verlauf und Prognose Ihrer Erkrankung) zum Zwecke der Abrechnung, der gemeinsamen Dokumentation, Information zu Ihrer Einschreibung sowie Qualitätssicherung zwischen allen an dieser besonderen Versorgung Beteiligten (teilnehmende Hausärzte und Fachärzte für Innere Medizin, Ihre Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg) untereinander übermittelt, verarbeitet und genutzt werden können. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Sofern Sie uns diese Erlaubnis nicht erteilen, können Sie nicht an dieser besonderen Versorgung teilnehmen. Selbstverständlich haben Sie weiterhin Anspruch auf alle Leistungen der Regelversorgung. Sie profitieren in diesem Fall allerdings nicht von den zusätzlichen Angeboten im Rahmen des Hypertoniebegleiterkrankungs-Vertrages. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die teilnehmenden Hausärzte und Fachärzte für Innere Medizin, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die BIG direkt gesund, soweit die Informationen nach Maßgabe des § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V für die Sicherstellung der erfolgreichen Durchführung der Vereinbarung über die besondere Versorgung und des Behandlungserfolgs erforderlich sind, einverstanden. Die Datenverarbeitung erfolgt unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz (Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher) und der ärztlichen Schweigepflicht. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Daten bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen sowie Auskunft zu erhalten. Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dies hat jedoch zur Folge, dass Sie nicht mehr an dieser besonderen Versorgung teilnehmen können. Aufgrund Ihrer vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf nicht berührt.

### **1. Übermittlung von Informationen zu Ihrer Einschreibung**

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt die BIG direkt gesund die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, welche der teilnehmende Hausarzt bzw. Facharzt für Innere Medizin von Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer erhebt und gemäß § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V an die BIG direkt gesund weiterleitet.

### **2. Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation Ihrer medizinischen Daten**

Ihre mit der Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) werden von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert. Ihre Daten können aus der Dokumentation abgerufen und genutzt werden, soweit es für Ihre konkret anstehende Behandlung im Rahmen dieser besonderen Versorgung erforderlich ist. Die von Ihrem Behandler im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Behandlers. Die BIG direkt gesund hat keinen Zugriff auf die gemeinsame Dokumentation Ihrer medizinischen Daten.



### **3. Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung**

Ihre für die Abrechnung Ihrer Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen sowie Diagnosen) werden von den teilnehmenden Hausärzten und Fachärzten für Innere Medizin nach § 295 SGB V in elektronischer Form an die Annahme- und Abrechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg übersandt. Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Annahme- und Abrechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg die korrekte Abrechnung und leitet diese an die BIG direkt gesund weiter

### **4. Speicherung und Löschung der Daten**

Die BIG direkt gesund behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung, -löschung sowie -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften werden eingehalten. Es werden nur Daten gespeichert, die für die Erfüllung im Rahmen der besonderen Versorgung erforderlich sind. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht dem Datenschutz und den datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form. Je nach Verarbeitungszweck gibt es für die Sozialdaten unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, die in den §§ 110a SGB IV, 304 SGB V, 107 SGB XI und in den Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden Daten gelöscht. Die Löschung erfolgt regelmäßig nach 6 Jahren, wenn die Daten für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden. Eine endgültige Löschung dieser erfolgt daher erst nach Ablauf der 10 Jahre.

### **5. Ansprechpartner und Verantwortliche für die Datenverarbeitung**

#### **Identität des Verantwortlichen**

BIG direkt gesund  
Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund  
Telefon 0231 / 55570; [info@big-direkt.de](mailto:info@big-direkt.de)

#### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der BIG direkt gesund  
Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund  
[datenschutz@big-direkt.de](mailto:datenschutz@big-direkt.de)

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der BIG direkt gesund überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.big-direkt.de/de/datenschutz](http://www.big-direkt.de/de/datenschutz)

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde bei dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de)

## 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 unterworfenen 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 Verswiegenheit 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, Kavalierstr. 2-4, 40213 Düsseldorf, [poststelle@ldi.nrw.de](mailto: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](mailto: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 7

### Abrechnung und Vergütung

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

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Hypertonie ( <u>ab Vollendung des 50. Lebensjahres</u> )			
GOP	Leistung	Vergütung	Abrechnungsvoraussetzungen
99230	<b>Screening zur Früherkennung einer PAVK</b> (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 1 des Vertrages)	20,00 €	<p>Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden.</p> <p>Kann im Behandlungsfall nicht neben GOP <b>99231</b> abgerechnet werden.</p> <p>Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-) vorliegt und bisher keine PAVK (I70.2-) bekannt ist.</p> <p>Die jeweils vorliegenden Behandlungsdiagnosen sind bei der Abrechnung anzugeben.</p>
99231	<b>Krankheitsorientiertes intensives Gespräch PAVK</b> (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 1 des Vertrages)	20,00 €	<p>Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden, jedoch nicht im selben Quartal.</p> <p>Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP <b>99230</b>, wenn diese GOP in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.</p> <p>Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine PAVK (I70.2-) vorliegt. Die vorliegende Behandlungsdiagnose ist bei der Abrechnung anzugeben.</p> <p>Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer PAVK erfolgen.</p> <p>Das Gespräch hat eine Mindestdauer von 20 Minuten.</p>

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie ohne bekannten Diabetes mellitus			
GOP	Leistung	Vergütung	Abrechnungsvoraussetzungen
99232	<b>Screening zur Früherkennung chronischer Nierenkrankheit</b> (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 2 des Vertrages)	20,00 €	<p>Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden.</p> <p>Kann im Behandlungsfall nicht neben GOP <b>99233</b> abgerechnet werden.</p> <p>Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-) vorliegt und bisher keine chronische Nierenkrankheit (N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19) bekannt ist.</p> <p>Die jeweils vorliegenden Behandlungsdiagnosen sind bei der Abrechnung anzugeben.</p>

<b>Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie ohne bekannten Diabetes mellitus</b>			
<b>GOP</b>	<b>Leistung</b>	<b>Vergütung</b>	<b>Abrechnungsvoraussetzungen</b>
<b>99233</b>	<b>Krankheitsorientiertes intensives Gespräch chronische Nierenkrankheit</b> (vollständige Leistungserbringung gemäß Anlage 2 des Vertrages)	20,00 €	<p>Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden; jedoch nicht im selben Quartal.</p> <p>Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der GOP <b>99232</b>, wenn diese GOP in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.</p> <p>Die Leistung kann nur bei Patienten abgerechnet werden, bei denen eine chronische Nierenkrankheit (N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19) vorliegt. Die vorliegende Behandlungsdiagnose ist bei der Abrechnung anzugeben.</p> <p>Das Gespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung einer chronischen Nierenkrankheit erfolgen.</p> <p>Das Gespräch hat eine Minstdauer von 20 Minuten.</p>
<b>99234</b>	<b>Teststreifen Mikroalbuminurie</b> (Urinuntersuchung mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen, der gleichzeitig die Kreatinmenge bestimmt, so dass der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann)	2,00 €	1x neben der GOP <b>99232</b> abrechenbar.