

B e s o n d e r e V e r s o r g u n g g e m ä ß § 1 4 0 a S G B V
Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen
(VorsorgePlus)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
vertreten durch den Vorstand,
Walter Plassmann und Caroline Roos
(nachfolgend „KV Hamburg“ genannt)

und der

Kaufmännischen Krankenkasse - KKH

Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover
vertreten durch den Vorstand,
Dr. Wolfgang Matz und Dr. Ulrich Vollert
(nachfolgend „Krankenkasse“ genannt)

und der

Hanseatischen Ersatzkasse – HEK

Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg
Vertreten durch den Vorstand,
Torsten Kafka
(nachfolgend „Krankenkasse“ genannt)

Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1** Ziele des Vertrags
- § 2** Teilnahme der Ärzte
- § 3** Teilnahme der Versicherten
- § 4** Aufgaben der Ärzte
- § 5** Vergütung
- § 6** Aufgaben der KV Hamburg
- § 7** Aufgaben der Krankenkasse
- § 8** Abrechnung zwischen dem Arzt und der KV Hamburg
- § 9** Abrechnung zwischen der KV Hamburg und der Krankenkasse
- § 10** Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung
- § 11** Datenschutz
- § 12** Vertragsänderungen
- § 13** Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

- | | |
|----------------------------|--|
| Anlage 1 | Vergütung |
| Anlage 2 | Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation |
| Anlage 3.1 | Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD |
| Anlage 3.1 Anhang 1 | Mein COPD-Maßnahmenplan |
| Anlage 3.2 | Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Depression |
| Anlage 3.2 Anhang 1 | Patientenfragebogen PHQ-9 |
| Anlage 3.3 | Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten |
| Anlage 3.4 | Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus |
| Anlage 3.5 | Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von nephrologischen Komplikationen: Chronische Nierenerkrankung bei Diabetes mellitus |
| Anlage 3.6 | Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) |
| Anlage 3.6 Anhang 1 | Fragebogen pAVK |
| Anlage 4 | Teilnahmeerklärung des Arztes |

Die Vertragspartner behalten sich den Abschluss weiterer Anlagen vor.

Präambel

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung zählen chronische Erkrankungen heute zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen unserer Gesellschaft. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, chronische Lungenerkrankungen und psychische Störungen sind weit verbreitet und beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit.

Screeningleistungen und Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten stellen daher eine wichtige Säule unseres Gesundheitssystems dar. Werden Erkrankungen in einem frühen Stadium erkannt, können sie oftmals besser behandelt werden. Auch bei bestehender chronischer Krankheit kann ggf. die Progression der Erkrankung verhindert oder zumindest verlangsamt werden, wenn z.B. Komorbiditäten schneller erkannt werden.

Neben der Früherkennung von Neuerkrankungen gibt es Komplikationen und Komorbiditäten, die häufig zu bestehenden Erkrankungen hinzutreten. Auch hier können Screeningleistungen dazu beitragen, dass diese früh erkannt und behandelt werden.

§ 1 Ziele des Vertrages

- 1) Die Krankenkasse stellt ihren Versicherten durch die Leistungen nach diesem Vertrag ergänzend zur Regelversorgung die in den Versorgungsprogrammen (**Anlage 3**) bezeichneten Screeningleistungen zur Verfügung. Durch die frühere Erkennung von Erkrankungen sollen Versicherte zielgerichtet einer für sie optimalen Versorgung zugeführt werden. Damit soll eine Progression der Erkrankung verhindert bzw. verlangsamt werden.
- 2) Das Auftreten bzw. die Feststellung einer chronischen Erkrankung stellen für Patienten eine große Belastung dar. Neben Änderungen im Lebensstil werden weitere Untersuchungen und Arztbesuche notwendig. In dieser Situation benötigen sie eine besonders intensive ärztliche Betreuung, aber auch Unterstützung in organisatorischen Fragen, wie z.B. bei der Vermittlung von Facharztterminen. Durch die Kombination der Screeningprogramme mit einer im Falle der Feststellung einer Erkrankung anschließenden Versorgung, die dem verstärkten Betreuungsbedarf in der ersten Zeit Rechnung tragen, soll die eingeleitete Behandlung unterstützt und der positive Effekt nachhaltig gesichert werden. Wurde bei den teilnehmenden Versicherten eine Neuerkrankung festgestellt, soll ihnen daher im Rahmen des Vertrages eine intensivierete Betreuung zur Verfügung gestellt werden. Zur verbesserten und zeitnahen Versorgung soll die gezielte Vorstellung von Patienten zwischen den Versorgungsebenen beschleunigt werden. Hierdurch soll u.a. die Erforderlichkeit vorstationärer Behandlungen und stationärer Einweisungen sowie die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert werden.

§ 2 Teilnahme der Ärzte

- 1) Die Teilnahme der Ärzte am Vertrag ist freiwillig.
- 2) Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten, bei Vertragsärzten angestellten Ärzte und Psychotherapeuten, bei Vertragspsychotherapeuten angestellten Psychotherapeuten sowie Ärzte und Psychotherapeuten in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V. Dies gilt auch für ermächtigte Ärzte mit einem entsprechenden Ermächtigungsumfang, die über die KV Hamburg abrechnen.

- 3) Der Arzt erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 4** bei der KV Hamburg. Der Arzt verpflichtet sich, die Vertragsinhalte zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben zu erfüllen. Darüber hinaus beauftragt der Arzt die KV Hamburg mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere mit der Abrechnung der Vergütungen nach diesem Vertrag.
- 4) Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der schriftlichen Erklärung der Teilnahme bei der KV Hamburg.
- 5) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmestatus, die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen seiner Vertragsarztzulassung sowie seiner gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten unaufgefordert und unverzüglich der KV Hamburg mitzuteilen.
- 6) Die Teilnahme eines Arztes endet:
 - a. mit Ende oder Wegfall seiner Zulassung oder Approbation.
 - b. durch schriftliche Kündigung des teilnehmenden Arztes gegenüber der KV Hamburg. Die Kündigung hat mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende zu erfolgen.
 - c. wenn die Zusammenarbeit zwischen den Vertragsparteien beendet wird, d.h. die Versorgung nicht mehr angeboten wird. Die teilnehmenden Ärzte erhalten hierüber rechtzeitig eine Information seitens der KV Hamburg.

Eine sofortige Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.

In den Fällen des § 2 Abs. 6 lit a) und b) kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an dieser Vereinbarung teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.

- 7) Die KV Hamburg ist berechtigt, die Teilnahme des Arztes an dem Vertrag gegenüber dem Arzt aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung zu kündigen. Als wichtiger Grund gelten insbesondere, wenn der Arzt Leistungen abrechnet, die er nach diesem Vertrag nicht hätte erbringen dürfen, es sei denn, es handelt sich um einfache Fahrlässigkeit oder einen Einzelfall.
- 8) Die teilnehmenden Ärzte stimmen der Übermittlung ihrer Kontaktdaten (Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer, LANR und BSNR) in einem Teilnehmerverzeichnis durch die KV Hamburg an die HEK und KKH sowie der Veröffentlichung dieses Verzeichnisses auf der Homepage der HEK, KKH und der KV Hamburg zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

§ 3 **Teilnahme der Versicherten**

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

- d. Bestehende Teilnahme an weiteren Verträgen der Krankenkasse zur besonderen Versorgung/ hausarztzentrierten Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen.
Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass keiner der vorgenannten Ausschlussgründe vorliegt.
- 2) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Versicherte der Krankenkasse erklären gemäß **Anlage 2** gegenüber der Krankenkasse schriftlich ihre Teilnahme und willigen in die Behandlung nach diesem Vertrag sowie die dazu erforderliche Verwendung ihrer personenbezogenen Daten (gem. **Anlage 2**) ein.
- 3) Die Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit Unterzeichnung und Übergabe der Teilnahmeerklärung des Versicherten an den teilnehmenden Arzt. Der Versicherte erhält eine Ausfertigung der Teilnahmeerklärung sowie ein zugehöriges Informationsblatt.
- 4) Über die Inhalte der Versorgung informiert die Krankenkasse auf der Basis der Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation gemäß **Anlage 2** dieses Vertrages, die dem Versicherten vom Arzt ausgehändigt wird. Hierbei steht der Arzt dem Patienten als erster Ansprechpartner für weitere medizinische Informationen zur Verfügung.
- 5) Versicherte haben das Recht, ihre Teilnahme am Vertrag ohne Angabe von Gründen jederzeit innerhalb von 2 Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 2** zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich gegenüber der Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Krankenkasse wird den teilnehmenden Arzt des Versicherten unverzüglich schriftlich über den Widerruf der Teilnahme informieren.
- 6) Die Teilnahme eines Versicherten endet:
- a. bei einem Widerruf der Teilnahme eines Versicherten gemäß § 3 Abs. 5.
 - b. wenn der Versicherte seine Teilnahme gegenüber der Krankenkasse kündigt. Die Kündigung hat mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende zu erfolgen. Die sofortige Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Die Krankenkasse informiert den behandelnden Arzt über eine Kündigung.
 - c. wenn der Versicherte seine Teilnahme aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung gegenüber der Krankenkasse kündigt. Ein wichtiger Grund kann z.B. darin bestehen, dass der Versicherte seinen Wohnort wechselt und die Inanspruchnahme eines an der Versorgung beteiligten Leistungserbringers aufgrund der räumlichen Entfernung nicht mehr zumutbar wäre. Die Krankenkasse informiert den behandelnden Arzt hierüber.
 - d. mit Ende dieses Vertrages.
 - e. Wenn das Versicherungsverhältnis bzw. der nachgehende Leistungsanspruch nach § 19 SGB V endet. Die Krankenkasse informiert den behandelnden Arzt hierüber.

§ 4 Aufgaben der Ärzte

- 1) Der Arzt prüft die spezifischen Teilnahmebedingungen entsprechend der Versorgungsprogramme gemäß den **Anlagen 3**.

- 2) Er übermittelt die Teilnahmeerklärung des Versicherten gemäß **Anlage 2** (im Original) über die KV Hamburg zur Weiterleitung an die Krankenkasse. Die Teilnahmeerklärung muss spätestens bei der Abrechnung vorliegen.
- 3) Die Entscheidung, welche Versorgung der Versicherte erhält, trifft der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Versicherten. Die Entscheidung richtet sich nach der medizinisch erforderlichen Behandlung.
- 4) Der Arzt führt die Versorgungsprogramme entsprechend seiner fachärztlichen Qualifikation durch und übernimmt im Rahmen seiner fachlichen Qualifikation die anschließende intensive Betreuung und Versorgung des Versicherten bei Feststellung einer Neuerkrankung.
- 5) Die weiteren Aufgaben des Arztes und die durchzuführenden Leistungen sind jeweils an dem speziellen Betreuungsbedarf der besonders beratungs- und betreuungsintensiven Versicherten ausgerichtet und in den Versorgungsprogrammen der Krankenkasse gem. den Anlagen 3 geregelt.
- 6) Sofern durch das Screening (gemäß den **Anlagen 3**) bei einem Versicherten eine Erkrankung festgestellt wurde, verpflichtet sich der teilnehmende Arzt in allen Versorgungsprogrammen die Beratungsintensität über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen hinaus durch separate Angebote zu erhöhen. Dazu gehören:
 - a. zeitnahe Vergabe von Behandlungsterminen, möglichst innerhalb von 14 Tagen.
 - b. Koordinierung von Terminen bei Fachärzten und Heilmittelerbringern, auch in der Form, dass auf Wunsch des Patienten in medizinisch erforderlichen Fällen entsprechende Termine direkt durch die Arztpraxis vereinbart werden.
 - c. Ausführliche Informationen über die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen und Koordination dieser, wie z. B. DMP und Selektivverträge.
 - d. Stärkung der Sprechenden Medizin,
 - e. Intensive Motivation und Aufklärung des Patienten zu präventiven Maßnahmen.
 - f. Zur Vermeidung von nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten verpflichten sich die teilnehmenden Ärzte zu einer engen Kooperation mit anderen Ärzten, um die Möglichkeit der ambulanten Behandlung auszuschöpfen.

§ 5 Vergütung

- 1) Die Leistungen nach § 4 i.V.m. den Anlagen 3 werden nach Maßgabe der Anlage 1 vergütet. Weiteres zur Vergütung ist in der **Anlage 1** geregelt. Die Vergütung von Leistungen nach diesem Vertrag ist ausgeschlossen, soweit dieselben Leistungen bereits im Rahmen eines anderen Selektivvertrages abgerechnet worden sind.
- 2) Die vertragsschließenden Krankenkassen vergüten die Leistungen nach diesem Vertrag außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung.
- 3) Eine Bereinigung der Gesamtvergütung findet somit nicht statt, da durch diesen Vertrag insbesondere strukturelle Angebote gefördert werden, die es in der Regelversorgung nicht gibt. Die notwendigen ärztlichen Leistungen der Regelversorgung werden vollständig weiterhin nach dem EBM und den entsprechenden Gesamtverträgen abgerechnet

§ 6 Aufgaben der KV Hamburg

- 1) Die KV Hamburg informiert ihre Ärzte in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages.
- 2) Die KV Hamburg erhält die Teilnahmeerklärung der Ärzte, prüft die Teilnahmeberechtigung der Ärzte nach § 2 und führt hierzu ein Arztverzeichnis („Arztstamm“). Dieses Verzeichnis stellt die KV Hamburg der Krankenkasse quartalsweise auf elektronischem Wege zur Verfügung.
- 3) Die KV Hamburg leitet die Teilnahmeerklärung der Versicherten (im Original) an die Krankenkasse weiter.

§ 7 Aufgaben der Krankenkasse

- 1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in angemessener Form umfassend über Inhalt und Ziel des Vertrags zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen.
- 2) Die Krankenkasse prüft die Teilnahmeberechtigung der Versicherten nach § 3.

§ 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KV Hamburg

- 1) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
- 2) Der Arzt rechnet seine Leistungen nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 i.V.m. der jeweils relevanten Anlage 3 für teilnehmende Versicherte unter Angabe der GOP gem. Anlage 1 über die KV Hamburg ab. Insoweit gelten die dafür einschlägigen Bestimmungen (z.B. § 295 SGB V) und insbesondere die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg in der jeweils gültigen Fassung.
- 3) Die KV Hamburg stellt arztseitig eine vertragskonforme Abwicklung und Auszahlung gemäß den vorstehenden Absätzen sicher. Die KV Hamburg ist berechtigt, den Verwaltungskostenbeitrag nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung sowie weitere satzungsgemäße Abzüge bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.
- 4) Der Arzt erhält einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
- 5) Im Falle der Beendigung der Teilnahme (z.B. durch Widerruf oder Kündigung) eines Versicherten an dieser besonderen Versorgung besteht ein Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes für bis zum Zeitpunkt des Zugangs eines Schreibens nach § 3 Abs. 5 oder Abs. 6 erbrachte Leistungen.
- 6) Im Übrigen gelten die Regelungen des Gesamtvertrages zwischen dem vdek und der KVH in ihren jeweils gültigen Fassungen, soweit sich aus dem vorliegenden Vertrag keine Abweichungen ergeben.

§ 9

Abrechnung zwischen der KV Hamburg und der Krankenkasse

- 1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der Abrechnung ärztlicher Leistungen nach § 295 SGB V.
- 2) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3 bis in Ebene 6) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages zwischen dem vdek und der KV Hamburg entsprechend.
- 3) Abrechenbar und vergütungsfähig sind die in **Anlage 1** aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Abrechnungsnummern und Vergütungshöhen.
- 4) Die KV Hamburg prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung unter Einschluss der Prüfung der Angabe einer relevanten Diagnose gemäß Anlage 1. Die Abrechnungsprüfungs-Vereinbarung gem. § 106d Abs. 5 SGB V i.V.m. der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie gem. § 106d Abs. 6 SGB V gilt entsprechend.
- 5) Leistungen nach dieser Vereinbarung für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort außerhalb von Hamburg, werden über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KV Hamburg angefordert. Die vertragsschließenden Krankenkassen erklären ausdrücklich, dass sie berechnigte Forderungen anderer Kassenärztlichen Vereinigungen bedienen werden, die über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KV Hamburg für Leistungen nach dieser Vereinbarung bei den Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen mit Wohnort außerhalb von Hamburg angefordert werden.

§ 10

Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- 1) Dieser Vertrag tritt zum 01.10.2019 in Kraft. Er ist auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Vertrag kann von jedem Vereinbarungspartner schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderquartals gekündigt werden.
- 2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages nicht zugemutet werden kann. Ansonsten werden sich die Vertragspartner bei Auftreten von Meinungsverschiedenheiten nach Kräften um eine einvernehmliche Lösung bemühen.

§ 11

Datenschutz

Die Vertragspartner verpflichten sich bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten, die datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB X und die ärztliche Schweigepflicht, einzuhalten.

§ 12

Vertragsänderungen

- 1) Die Krankenkasse und die KV Hamburg sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für alle Teilnehmer mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe des folgenden Absatzes 2 zu ändern, insbesondere die Versorgung nach diesem Vertrag durch weitere Versorgungsprogramme zu ergänzen.
- 2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.
- 3) Die KV Hamburg wird solche Änderungen den Ärzten schriftlich bekannt geben. Ist der Arzt mit der Anpassung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme an dem Vertrag nach § 2 des Vertrages zu kündigen.

§ 13

Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Regelungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Regelung oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine dem Willen der Vertragspartner sowie dem Sinn und Zweck dieses Vertrags entsprechende Regelung treten. Die Vertragspartner regeln dies einvernehmlich.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Hamburg, den

Kaufmännische Krankenkasse

Hannover, den

Hanseatische Ersatzkasse

Hamburg, den

Anlage 1: Abrechnung VorsorgePlus

Für die Leistungen nach § 4 i.V.m. den Anlagen 3 dieses Vertrages, erhält der Arzt nachfolgende Vergütungen:

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD				
GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93400	Durchführung Screening	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter COPD Stadium III oder IV (J44.00, J44.01, J44.10, J44.11, J44.80, J44.81, J44.90, J44.91) ohne bisher gesicherte chronisch respiratorische Insuffizienz (J96.1-)
93401	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93400 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer chronisch respiratorischen Insuffizienz (J96.1-)

Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Depression				
GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93402	Durchführung Screening	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit Verdacht einer Depression oder mit gesicherter unspezifischer Depression (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9), ohne bisher gesicherte spezifische Depression (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4)
93403	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93402 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer spezifischen Depression (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3, F33.4)

Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten				
GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93404	Durchführung Screening	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-, ausgenommen E1*.4-), ohne bisher gesicherte diabetische Neuropathie (E1*.4-, G59.0, G63.2)
93405	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93404 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer diabetischen (Poly-)Neuropathie (E1*.4- oder E1*.7-, G59.0, G63.2)
93406	Diagnosemittel Schweißsekretion	17 €	Im Behandlungsfall nur im Zusammenhang mit der GOP 93404 abrechenbar.	

Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) bei Diabetes Mellitus				
GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93407	Durchführung Screening	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-), ohne bisher gesicherte Blasenentleerungsstörung (N31.1, N31.2)
93408	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93407 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer neurologischen Komplikation der Harnblase bei Diabetes (E1*.4- oder E1*.7-, N31.1, N31.2)

Anlage 3.5:

Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von nephrologischen Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes Mellitus

GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93409	Durchführung Screening	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.-), ohne bisher gesicherte chronische Nierenkrankheit (N18.-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2)
93410	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93409 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer Nierenkomplikation bei Diabetes (E1*.2- oder E1*.7-, N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5)
93411	Mirko-Albuminurie-Teststreifen	2 €	Im Behandlungsfall nur im Zusammenhang mit der GOP 93409 bzw. 93410 abrechenbar.	

Anlage 3.6:

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

GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93412	Durchführung Screening	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherten Grunderkrankungen (I73.9, I70.0, I70.1, I70.8, I70.9, I25.0, I25.1-, I25.3, I25.4, I25.6, I25.8, I25.9, E10.-, E11.-, E12.-, E13.-, E14.- oder I10.- bzw. als besondere Risikogruppe männliche Raucher ab dem 60. Lebensjahr) ohne bisher gesicherte stadienspezifische pAVK (I70.2-)
93413	Durchführung Nachsorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93412 abrechenbar.	Bei neuem Befund einer stadienspezifischen pAVK (I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25, I70.26)

Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung

Besondere Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen in KV Hamburg (VorsorgePlus)

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der Besonderen Förderung ärztlicher Screeningleistungen interessieren.

Mehr als der Standard

Wir bieten Ihnen für Ihre Behandlung eine intensiviertere ärztliche Betreuung durch den Sie einschreibenden Arzt an. Damit profitieren Sie von einem optimierten Versorgungsmanagement, das Ihren spezifischen Bedürfnissen entspricht und zu einer gezielten Früherkennung und Behandlung von Neuerkrankungen, Komplikationen sowie Folgeerkrankungen beiträgt.

Sie erhalten Screeningleistungen, die auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Darüber hinaus ermöglicht das Angebot Nachsorgeleistungen, die den Anforderungen Ihrer Erkrankung an Betreuungsintensität besser gerecht werden. Die Früherkennung von Neuerkrankungen, Komplikationen sowie Folgeerkrankungen in Kombination mit der zielgerichteten Behandlung trägt dazu bei, eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern bzw. zu verlangsamen.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen Ihnen weder zusätzliche Kosten noch Verpflichtungen.

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 schriftlich, elektronisch (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die Krankenkasse absenden.

Bindungsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, 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 Arzt aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen können.

Sofern Sie Ihre Teilnahme beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch (Brief, Fax, E-Mail) zuzusenden.

Ihre Inanspruchnahme der Leistungen aus diesem Vertrag darf nur durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte erfolgen. 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 diese Vorgabe halten.

Informationen zum Datenschutz

Umgang mit Ihren Daten

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

Die Verarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, wenn Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Bitte beachten Sie für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

Datenverarbeitung zur medizinischen Dokumentation/ Gesundheitsdaten

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

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

Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität des Angebotes. Falls Ihre Behandlung zur Qualitätssicherung ausgewertet wird, erfolgt dies mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Deshalb können Sie sicher sein: Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Die Leistungserbringer* übermitteln 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. Zur Übermittlung bedient sich der Leistungserbringer* eines Dienstleisters: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg. Die KKH tauscht sich mit dem Leistungserbringer* oder dem Dienstleister über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

Datenverarbeitung für Abrechnungszwecke

Die Ärzte beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Dass Sie mit der Übermittlung Ihrer personen- und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift auf Ihrer Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung.

Datenverarbeitung der Teilnahmedaten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) verarbeitet.

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 DSGVO) zu veranlassen.

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

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

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

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde bei der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Husarenstr. 30, 53117 Bonn oder poststelle@bfdi.bund.de.

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

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 Förderung ärztlicher
Vorsorgeleistungen in KV Hamburg (VorsorgePlus)

Vertragskennzeichen:

121022KK002

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

Exemplar zum Versand an die Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme.

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

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterschrift ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der Versicherteninformation.

Eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme nach Ende der Widerrufsfrist kann 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 ich keinen Leistungsanspruch gegenüber der KKH habe oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird. Des Weiteren bestätige ich, dass ich an keinen anderen Verträgen der Krankenkasse zur besonderen Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen teilnehme. Mir ist bekannt, dass fehlende Angaben auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Ausschluss dieser besonderen Versorgung führen.

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.**

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

Vom einschreibenden Leistungserbringer* auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

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

Datum

Unterschrift, Stempel

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 Förderung ärztlicher
Vorsorgeleistungen in KV Hamburg (VorsorgePlus)

Vertragskennzeichen:

121022KK002

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

Exemplar für den Versicherten

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme.

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

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterschrift ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der Versicherteninformation.

Eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme nach Ende der Widerrufsfrist kann 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. Des Weiteren bestätige ich, dass ich an keinen anderen Verträgen der Krankenkasse zur besonderen Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen teilnehme. Mir ist bekannt, dass fehlende Angaben auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Ausschluss dieser besonderen Versorgung führen.

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.**

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

Vom einschreibenden Leistungserbringer* auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

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

Datum

Unterschrift, Stempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Vertrag der HEK mit dem KV Hamburg über die Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (Vorsorge plus)

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

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

Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung und endet, wenn ich meinen Widerruf erkläre, der oben genannte Vertrag beendet wird, meine Behandlung abgeschlossen ist oder ich meine Teilnahme kündige. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen der Vereinbarung durch Leistungserbringer erbracht werden, die an dem Modell der besonderen Versorgung teilnehmen.

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 HEK endet oder ich keinen Leistungsanspruch gegenüber der HEK habe oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird. Des Weiteren bestätige ich, dass ich an keinen anderen Verträgen der Krankenkasse zur besonderen Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen teilnehme. Mir ist bekannt, dass fehlende Angaben auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Ausschluss dieser besonderen Versorgung führen.

Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

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

Durch die „Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ wurde ich über die Verarbeitung meiner Daten aufgeklärt und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden, sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ich habe jederzeit das Recht der Verarbeitung meiner Daten gegenüber der HEK mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, was mit einer Beendigung der Versorgung einhergeht. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierbei nicht. Die Verarbeitung der Daten bleibt bis zum Widerruf rechtmäßig. Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung zur Datenfreigabeerklärung nicht am Versorgungsprogramm teilnehmen kann.

VKZ: 121022HE117

Stand: 06/2019

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Arzt/ Stempel der Praxis

Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Die HEK-Hanseatische Krankenkasse (HEK) hat einen Vertrag zur Durchführung der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) über die Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen geschlossen. Bei teilnehmenden Patienten, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einwilligung des Erziehungsberechtigten erforderlich.

Die gesetzlichen Regelungen (§ 295 SGB V) sehen vor, dass alle Patienten, die an den Verträgen zur besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) teilnehmen, genau über die Vertragsinhalte und die Datenverarbeitung informiert werden. Bitte lesen Sie diese Patienteninformation sorgfältig durch.

Ihre Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit Ihrer Einschreibung. Ein Behandlungsvertrag im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung kommt lediglich zwischen Ihnen und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten bzw. Leistungserbringern zu Stande.

1. Allgemeine Ziele und Inhalte des Vertrages:

Die HEK bietet Ihnen in Zusammenarbeit mit der KV Hamburg für Ihre Behandlung eine intensivierte ärztliche Betreuung durch den Sie einschreibenden Arzt an. Damit profitieren Sie von einem optimierten Versorgungsmanagement, das Ihren spezifischen Bedürfnissen entspricht und zu einer gezielten Früherkennung und Behandlung von Neuerkrankungen, Komplikationen sowie Folgeerkrankungen beiträgt.

Sie erhalten Screeningleistungen, die auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Darüber hinaus ermöglicht das Angebot Nachsorgeleistungen, die den Anforderungen Ihrer Erkrankung an Betreuungsintensität besser gerecht werden. Die Früherkennung von Neuerkrankungen, Komplikationen sowie Folgeerkrankungen in Kombination mit der zielgerichteten Behandlung trägt dazu bei, eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern bzw. zu verlangsamen. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen Ihnen weder zusätzliche Kosten noch Verpflichtungen.

1**a. Außerordentliche Kündigung**

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Unabhängig davon kann nach Ablauf der Widerrufsfrist außerordentlich in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der HEK gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

Die Teilnahme an der besonderen Versorgung endet ebenfalls

- mit der Beendigung des Vertrages.
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der HEK.
- bei einem Krankenkassenwechsel zu einer nicht am Vertrag beteiligten Krankenkasse.
- bei fehlender Mitwirkung

2. Allgemeine Informationen zum Datenschutz**a. Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung**

Ihre unterschriebene Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung wird durch den von Ihnen gewählten Arzt an die HEK gesandt. Durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärzten bzw. Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen, die an der besonderen Versorgung teilnehmen. Bei der Inanspruchnahme von anderen Leistungserbringern, kann die HEK Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. Sie haben nur Anspruch auf Behandlung in der besonderen Versorgung, wenn Sie bei der HEK versichert sind.

Mit der Teilnahme sind Sie zur Mitwirkung (beispielsweise medikamentöse Therapie) verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung kann die HEK die Beendigung der Teilnahme entscheiden.

b. Abrechnung

Damit der von Ihnen gewählte Leistungserbringer eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Die Ärzte beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V die KV Hamburg mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Ihre medizinischen personenbezogenen Behandlungsdaten werden verschlüsselt gem. § 295 Abs. 1 SGB V auf elektronischem Weg über ein Rechenzentrum an den Verband der Ersatzkassen (vdek) gesendet. Der Verband übermittelt die Abrechnungsdaten an die HEK. Auf Grundlage dessen zahlt die HEK die Vergütung an den Leistungserbringer.

Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

- Vorname und Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse
- Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit der Gesundheitskarte, Kassenkennzeichen
- Teilnahmedaten, Behandlungszeitraum, Behandlungsart, Diagnosen nach ICD 10 für jeden Behandlungstag mit Angabe des Datums, DRG oder PEPP (= Fallpauschale, wenn vorhanden), Operationsschlüssel (OPS) mit OP-Datum, Unfallkennzeichen
- Gebührenposition mit Betrag, Zuzahlungsbetrag, Zuzahlungskennzeichen, Rechnungsbetrag

Die beteiligten Leistungserbringer gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für die HEK gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

2

c. Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der HEK

Bei der HEK werden Ihre Daten gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen nach § 284 SGB V in Verb. mit § 140a Abs. 5 SGB V erhoben, verarbeitet und zur Abrechnung der Leistungen genutzt. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung in anonymisierter Form verwendet werden. Dabei ist gewährleistet, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person vorgenommen werden. Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses schriftlich verpflichtet wurden, Zugang haben.

Ihre Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 6 Jahre nach Teilnahmeende. Die Aktenvernichtung wird von der Firma REISSWOLF International AG durchgeführt. Die Firma Rhenus Data Office GmbH archiviert und vernichtet ebenfalls für die HEK Akten. Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X).
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

3. Information

Bei Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung wenden Sie sich an unser Team-Direkt, Tel.: 0800 0213213 (kostenfrei) oder an den Datenschutzbeauftragten der HEK.

Verantwortliche Stelle

HEK-Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: kontakt@hek.de

Datenschutzbeauftragter der HEK

HEK-Hanseatische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: datenschutz@hek.de

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO in Verb. mit § 81 SGB X besteht für Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Beschwerden richten Sie an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in der Husarenstraße 30 in 53117 Bonn.

Anlage 3.1: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD

I. Screening

a) Teilnahmevoraussetzungen

Das Screening soll bei Versicherten durchgeführt werden, die die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:

- gesicherte COPD Diagnose im Stadium III oder IV (J44.00, J44.01, J44.10, J44.11, J44.80, J44.81, J44.90 oder J44.91)
- keine gesicherte Diagnose einer respiratorischen Insuffizienz (J96.1-)

b) Umsetzung

- Der Arzt führt das Screening zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz gemäß der „S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD)“ der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und der Deutschen Atemwegsliga e.V. in der aktuellen Fassung durch.

II. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen dürfen Versicherte, bei denen im Rahmen des Screenings eine gesicherte Diagnose einer respiratorischen Insuffizienz (J96.1) diagnostiziert wurde.

b) Umsetzung

Der Arzt führt mit den Patienten, bei denen im Screening eine gesicherte respiratorische Insuffizienz diagnostiziert wurde, eine besonders ausführliche Nachsorge durch. Diese hat das Ziel die individuelle Situation des Patienten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Die Nachsorge findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making¹ anwenden:
 - Der Arzt zeigt dem Patienten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Patienten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Patienten nachvollziehbar vermittelt.
 - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Patient ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- Der Arzt motiviert den Patienten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en) und Therapietreue, vereinbart gemeinsam mit dem Patienten Ziele und überprüft die Einhaltung dieser.
- 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

¹ Klemperer, D.; (2014): Partizipation in der Gesundheitsversorgung: Shared Decision Making. Erschienen in: Archiv Nr. 2/2014 Partizipation in der sozialen Arbeit: Alibi oder Empowerment?

Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie evtl. Selbstmedikationen des Patienten.

- Um die Betroffenen hinsichtlich einer Verschlechterung der COPD und möglicher Notsituationen zusätzlich zu sensibilisieren, ist gemeinsam von Arzt und Patienten ein individueller Maßnahmenplan auszufüllen und zu besprechen („Mein COPD-Maßnahmenplan“ der Krankenkasse, **Anhang 1**).
- Um das Selbstmanagement der Patienten zu verbessern und eine Verlaufsdokumentation der Symptomatik zu erhalten, werden die Patienten zur Selbstbeobachtung und Nutzung von Assessments beraten und ermutigt:
 - COPD-Assessment-Test (CAT) zur Dokumentation der Symptome der COPD² (s. www.CATestonline.de)
 - modified Medical Research Council (mMRC-) Dyspnoeskala zur Erfassung und Beurteilung der Atemnot im Zeitraum zwischen den ärztlichen Untersuchungsterminen

Anhang 1: Mein COPD-Maßnahmenplan

² Deutsche Patientenliga Atemwegserkrankungen - DPLA e.V.: COPD-Kontrolltest, <http://www.pat-liga.de/copd-kontrolltest.html>, Stand November 2016

Meine COPD-Medikamente:

Dauermedikamente (Name, Wirkstoff, Dosierung):

Bedarfsmedikamente (Name, Wirkstoff, Dosierung):

Langzeitsauerstofftherapie:

☐ Ja _____ l/min _____ Std./Tag

☐ Nein

Heimbeatmung:

☐ Ja ☐ Nein

Besteht ein Lungenemphysem?

☐ Ja ☐ Nein

Besteht eine Rechtsherzinsuffizienz bzw. Herz-
erkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

Wichtige Telefonnummern

Mein Hausarzt

Name: _____

Telefon: _____

Mein Lungenfacharzt

Name: _____

Telefon: _____

Klinik/Ambulanz

Name: _____

Telefon: _____



Mein COPD- Maßnahmenplan



Tragen Sie
Ihren Maßnah-
menplan stets
bei sich!

Richtig handeln bei COPD

Mein COPD-Maßnahmenplan:

In diesem individuellen Maßnahmenplan stehen alle wichtigen Informationen, damit Sie bei einer Verschlechterung Ihrer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) schnell handeln können. Erstellen Sie Ihren persönlichen COPD-Maßnahmenplan gemeinsam mit Ihrem Arzt. Nutzen Sie den nächsten Termin bei ihm auch, um folgende Fragen zu besprechen:

- Woran erkenne ich eine Verschlimmerung der COPD?
- Wie verhalte ich mich, wenn ich mich schlechter fühle?
- Bei welchen Symptomen suche ich ärztliche Hilfe auf?

Achten Sie auf sich!

Sie selbst können viel dafür tun, damit es erst gar nicht zu einer Verschlechterung Ihrer COPD kommt.

- Das Wichtigste ist, nicht zu rauchen.
- Nehmen Sie Ihre Medikamente regelmäßig und in der verordneten Dosierung ein.
- Lernen Sie Anzeichen einer Verschlechterung frühzeitig zu erkennen, um möglichst schnell gegensteuern zu können.
- Impfungen gegen Pneumokokken und Influenza bieten Schutz vor gefährlichen Infektionen.

Erste Anzeichen einer Verschlechterung der COPD (Exazerbation):

- Zunehmende Atemnot
- Zunehmender Husten
- Zunehmende Auswurfmenge (abgehusteter Schleim)
- Zunehmende Auswurfzähigkeit
- Farbe des ausgehusteten Auswurfs verändert sich von weiß bis transparent zu gelbgrün
- Fieber, Müdigkeit und/oder Abgeschlagenheit

Auf folgende Anzeichen sollte ich besonders achten:

Falls diese Beschwerden länger als 24 Stunden bestehen, gehen Sie bitte zum Arzt!

Bei den ersten Anzeichen einer Verschlechterung sollte ich Folgendes tun:

Akute Exazerbation

Meist im Zusammenhang mit einem Infekt kann es zu einer akuten und starken Verschlechterung kommen. Vor allem die Atemnot wird stärker.

Auf folgende Anzeichen der akuten Exazerbation sollte ich besonders achten:

Was muss ich jetzt tun?

1. Ruhe bewahren
2. Eine atemerleichternde Körperhaltung einnehmen und mit der Lippenbremse ausatmen
3. Folgende Medikamente einnehmen:
4. 10 bis 15 Minuten abwarten, dabei weiter eine atemerleichternde Körperhaltung einnehmen und Lippenbremse anwenden
5. Falls keine spürbare Besserung eintritt:

Sofort den Notarzt rufen! Notruf 112 oder:

Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Depression

I. Screening

a) Teilnahmevoraussetzung

Das Screening soll bei Versicherten durchgeführt werden, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Verdacht auf das Vorliegen einer Depression, oder eine gesicherte unspezifische Depression (F32.8, F32.9, F33.8 oder F33.9)
- keine gesicherte spezifische Depression (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 oder F33.4)

b) Umsetzung

Der Arzt führt ein Screening zur Früherkennung einer Depression gemäß der „S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in der jeweils gültigen Fassung durch.

Zwecks einer gezielten Behandlung zur Vermeidung von unwirksamen somatischen Behandlungen und Chronifizierung einer psychischen Erkrankung, soll der Kurzfragebogen PHQ-9 (**Anhang 1**) durchgeführt werden.

II. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch

a) Teilnahmevoraussetzung

Teilnehmen dürfen Versicherte, bei denen im Rahmen des Vorsorgeprogramms folgendes festgestellt wurde:

- eine gesicherte spezifische Depression (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 oder F33.4)

b) Umsetzung

Der Arzt führt mit den Patienten, bei denen im Screening eine gesicherte spezifische Depression diagnostiziert wurde, ein besonders ausführliches Gespräch. 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:

- Um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making¹ anwenden:
 - Der Arzt zeigt dem Patienten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Patienten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Patienten nachvollziehbar vermittelt.
 - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Patient ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Ärzte ohne Zusatzqualifikation/Genehmigung „psychosomatische Grundversorgung“ sollen den Schwerpunkt der Nachsorge auf die Koordination der weiteren Behandlung und der Verlaufskontrolle mit Hilfe des Kurzfragebogens PHQ-9 (**Anhang 1**) legen.

¹ Klemperer, D.; (2014): Partizipation in der Gesundheitsversorgung: Shared Decision Making. Erschienen in: Archiv Nr. 2/2014 Partizipation in der sozialen Arbeit: Alibi oder Empowerment?

- Ärzte mit Zusatzqualifikation/Genehmigung „psychosomatische Grundversorgung“ sollen ein intensives Interventionsgespräch mit dem Patienten durchführen.
- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- Der Arzt motiviert den Patienten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en) 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 eine Selbstmedikationen des Patienten.

Das Interventionsgespräch soll frühestens 3 Monate nach Diagnosestellung der gesicherten spezifischen Depression erfolgen. Das Gespräch hat eine Mindestdauer von 20 Minuten.

Anhang 1: Patientenfragebogen PHQ-9

Anhang 1

Praxisstempel

Signatur des Arztes:

Patientenfragebogen (PHQ-9)

PATIENTENDATEN

Name	Vorname	Geburtsdatum	Datum			
Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?		Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag	
1	Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten		[]	[]	[]	[]
2	Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit		[]	[]	[]	[]
3	Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf		[]	[]	[]	[]
4	Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben		[]	[]	[]	[]
5	Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen		[]	[]	[]	[]
6	Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben		[]	[]	[]	[]
7	Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen		[]	[]	[]	[]
8	Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?		[]	[]	[]	[]
9	Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten		[]	[]	[]	[]

Summenwert: _____

AUSWERTUNG:

Summenbildung über Antwortpunkte der Fragen (PHQ-9):

Antworten:	Punkte:
Überhaupt nicht	= 0
An einzelnen Tagen	= 1
An mehr als der Hälfte der Tage	= 2
Beinahe jeden Tag	= 3

< 5	gesund
< 10	unauffällig
10–14	„leichtgradige“ Depression
15–19	„mittelgradige“ Depression
20–27	„schwergradige“ Depression

DIAGNOSESTELLUNG

Da sich der Fragebogen ausschließlich auf Selbstauskünfte des Patienten bezieht, müssen die endgültigen Diagnosen durch den behandelnden Arzt überprüft werden. Dabei sollte berücksichtigt werden, wie gut der Patient den Fragebogen verstanden hat. Zusätzlich sind weitere anamnestische Informationen des Patienten, seiner Familienangehörigen bzw. Informationen aus anderen Quellen heranzuziehen.

Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten

I. Screening

a) Teilnahmevoraussetzung

An dem Screening sollen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen teilnehmen:

- Gesicherte Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-, ohne E1*.4-)
- und ohne gesicherte Diagnose einer diabetischen Neuropathie (E1*.4- und/oder G59.0 oder G63.2).

b) Umsetzung

- Der Arzt führt ein Screening gemäß der „Nationalen VersorgungsLeitlinie Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ in der jeweils gültigen Fassung durch.
- Nutzung eines Diagnosemittels zur Schweißsekretionsbestimmung, welches in der Praxisempfehlung „Diabetische Neuropathie“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft aufgeführt ist.

II. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch

a) Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit folgender Voraussetzung dürfen teilnehmen:

- gesicherte Diabetesdiagnose (E1*.4- oder E1*.7 bei mindestens einer weiteren Diabeteskomplikation),
- bei denen im Rahmen des Vorsorgeprogramms eine gesicherte Diagnose einer diabetischen Neuropathie (G59.0 oder G63.2) festgestellt wurde.

b) Umsetzung

Der Arzt führt mit den Patienten, bei denen im Vorsorgeprogramm eine gesicherte diabetische Neuropathie diagnostiziert wurde, eine besonders ausführliche Nachsorge durch. Diese hat das Ziel, die individuelle Situation des Patienten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Die Nachsorge findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making¹ anwenden:
 - Der Arzt zeigt dem Patienten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Patienten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Patienten nachvollziehbar vermittelt.
 - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Patient ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- Der Arzt klärt den Patienten über die Risiken, die sich aus einer verminderten Schweißsekretion ergeben und wie man diese durch geeignete präventive Maßnahmen vermeiden kann auf.

¹ Klemperer, D.; (2014): Partizipation in der Gesundheitsversorgung: Shared Decision Making. Erschienen in: Archiv Nr. 2/2014 Partizipation in der sozialen Arbeit: Alibi oder Empowerment?

- Der Arzt motiviert den Patienten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en), vereinbart gemeinsam mit dem Patienten Ziele und überprüft die Einhaltung dieser.
- Der Arzt animiert den Patienten regelmäßig Selbstinspektionen der Füße durchzuführen, um Minimalläsionen frühzeitig zu erkennen.

Anlage 3.4: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus

I. Screening

a) Teilnahmevoraussetzung

Teilnehmen sollen Versicherte, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- gesicherte Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-)
- ohne gesicherte Diagnose einer LUTS (N31.1 oder N31.2).
- Die Maßnahme richtet sich explizit auch an Versicherte mit bereits bekannten anderen neurologischen Komplikationen.

b) Umsetzung

Durchführung der weitergehenden Diagnostik der autonomen diabetischen Neuropathie am Urogenitaltrakt gemäß der „Nationalen VersorgungsLeitlinie Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ in der jeweils gültigen Fassung.

Als Basisdiagnostik sollte ein Miktionstagebuch über 48 Stunden geführt werden.

II. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch

a) Teilnahmevoraussetzung

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

- gesicherte Diabetesdiagnose (E1*.4- oder E1*.7 bei mindestens einer weiteren Diabeteskomplikation), bei denen im Rahmen des Vorsorgeprogramms eine gesicherte Diagnose eines LUTS (N31.1 oder N31.2) festgestellt wurde.

b) Umsetzung

Der Arzt führt mit den Patienten, bei denen im Vorsorgeprogramm eine gesicherte Diagnose eines LUTS diagnostiziert wurde, eine besonders ausführliche Nachsorge durch. Diese hat das Ziel, die individuelle Situation des Patienten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Die Nachsorge findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making¹ anwenden:
 - Der Arzt zeigt dem Patienten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Patienten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Patienten nachvollziehbar vermittelt.
 - Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Patient ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.

¹ Klemperer, D.; (2014): Partizipation in der Gesundheitsversorgung: Shared Decision Making. Erschienen in: Archiv Nr. 2/2014 Partizipation in der sozialen Arbeit: Alibi oder Empowerment?

- Der Arzt interpretiert das durch den Patienten geführte Miktionstagebuch und bespricht die Ergebnisse mit dem Patienten.
- Der Arzt führt in leichten Fällen eine symptomatische Behandlung durch.

Anlage 3.5: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von nephrologischen Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus

I. Screening

a) Teilnahmevoraussetzung

An dem Screening sollen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen teilnehmen:

- gesicherte Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) und
- ohne gesicherte Diagnose einer chronischen Nierenkrankheit (N18.-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.-, Z99.2).

b) Umsetzungsinhalte

- Der Arzt führt ein Screening zur Früherkennung einer chronischen Nierenkrankheit gemäß der „Nationalen VersorgungsLeitlinie Nephropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ in der jeweils aktuellen Fassung durch.
- Dafür soll unter Einsatz eines spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifens eine Urinuntersuchung durchgeführt werden. Dieser soll gleichzeitig die Kreatininmenge bestimmen, sodass der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann.

II. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch

a) Teilnahmevoraussetzung

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

- gesicherter Diabetesdiagnose (E1*.2- oder E1*.7 bei mindestens einer weiteren Diabeteskomplikation)
- bei denen im Rahmen des Vorsorgeprogramms eine gesicherte Diagnose einer chronischen Nierenkrankheit (N18.1-5) festgestellt wurde.

a) Umsetzung

Der Arzt führt mit den Patienten, bei denen im Vorsorgeprogramm eine gesicherte chronische Nierenkrankheit diagnostiziert wurde, eine besonders ausführliche Nachsorge durch. Diese hat das Ziel die individuelle Situation des Patienten zu erfahren und bei einer ggf. erforderlichen Anpassung der Therapie ausreichend zu berücksichtigen. Die Nachsorge findet insbesondere zu folgenden Aspekten statt:

- Der Arzt soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making¹ anwenden:
- Der Arzt zeigt dem Patienten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Patienten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Patienten nachvollziehbar vermittelt.

¹ Klemperer, D.; (2014): Partizipation in der Gesundheitsversorgung: Shared Decision Making. Erschienen in: Archiv Nr. 2/2014 Partizipation in der sozialen Arbeit: Alibi oder Empowerment?

- Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Patient ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- Der Arzt klärt den Patienten in Bezug auf eine mögliche Beschleunigung der Entwicklung und des Fortschreitens der diabetischen Nephropathie durch unzureichende Blutzuckereinstellung, Hypertonie, Rauchen, evtl. Anämie, erhöhte Eiweißzufuhr auf.
- Der Arzt motiviert den Patienten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en), vereinbart gemeinsam mit dem Patienten Ziele und überprüft die Einhaltung dieser.
- Der Arzt kontrolliert, unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden, regelmäßig den Verlauf der Erkrankung. Dabei soll zur Bestimmung der Albuminausscheidung erneut das Diagnosesachmittel zum Einsatz kommen.
- Der Arzt soll bei Patienten mit Stadium 3 zusätzlich den Hämoglobin, Hämatokrit, Serum-Phosphat, Serum-Kalzium und ggf. Parathormon-Wert überprüfen
- 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.

Anlage 3.6: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

I. Screening

a) Teilnahmevoraussetzungen

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

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

Erläuterung:

*Eine stadienspezifische pAVK gilt dann als bekannt, wenn im laufenden oder vergangenen Jahr eine I70.2- vom behandelnden Arzt gesichert dokumentiert wurde.

b) Umsetzung

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

II. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch

a) Teilnahmevoraussetzungen

Teilnehmen dürfen Versicherte mit folgenden Voraussetzungen:

- Diagnose einer stadienspezifischen pAVK im Rahmen des Screenings (I70.20, I70.21, I70.22, I70.23, I70.24, I70.25 oder I70.26).

b) Umsetzung

Der Arzt führt mit den Patienten, bei denen im Vorsorgeprogramm eine stadienspezifische pAVK diagnostiziert wurde, ein besonders ausführliches Gespräch. 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 soll ein ausführliches Arzt-Patienten-Gespräch führen. Um eine hohe Compliance des Patienten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making¹ anwenden:

¹ Klemperer, D.; (2014): Partizipation in der Gesundheitsversorgung: Shared Decision Making. Erschienen in: Archiv Nr. 2/2014 Partizipation in der sozialen Arbeit: Alibi oder Empowerment?

- Der Arzt zeigt dem Patienten verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen auf. Dabei achtet der Arzt darauf, dass er dem Patienten die verschiedenen Optionen vollständig, laienverständlich und für den Patienten nachvollziehbar vermittelt.
- Durch das Arzt-Patienten-Gespräch soll der Patient ausreichendes Wissen über seine Krankheit erlangen, sodass er in der Lage ist, die von ihm präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt zu wählen.
- Der Arzt erörtert mit dem Patienten umfassend dessen Umgang mit der Erkrankung und das Gelingen der Alltagsbewältigung seit der Diagnosestellung.
- Der Arzt motiviert den Patienten intensiv zu(r) erforderlichen Lebensstiländerung(en) und klärt über präventive Maßnahmen auf.
- Um eine Verschlechterung der Erkrankung zu verhindern, animiert er den Patienten ein regelmäßiges Gehtraining durchzuführen.
- Der Arzt berät und prüft umfassend die Arzneimitteltherapie(n). Dabei verschafft er sich ein umfassendes Bild über Wirkungen, Neben- und Wechselwirkungen der Arzneimitteltherapie(n), indem er durch gezieltes Erfragen spezifischer Nebenwirkungen die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Verordnung(en) prüft. Bei seiner Beratung beachtet der Arzt die Verordnungen anderer Ärzte sowie evtl. Selbstmedikationen des Patienten.

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

Anhang 1: Fragebogen pAVK

Anhang 1: Fragebogen pAVK

Name	Vorname	Geburtsdatum	Datum

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

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

1. Größe: _____ Gewicht: _____
2. Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wieviel? _____
3. Sind bei Ihnen andere Erkrankungen (außer den oben genannten) bekannt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, welche sind das? _____
4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐
(Wenn ja, tragen Sie die Medikamente und die Einnahmezeiten
(morgen-mittags-abends) bitte in den umseitigen Medikamentenplan ein)
5. Sind unter den Medikamenten auch blutverdünnende Medikamente
(z.B. Marcumar o.ä.) oder Plättchenhemmer (z.B. ASS o.ä.)? Ja ☐ Nein ☐
6. Fühlen Sie sich beim Laufen eingeschränkt? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wie weit können Sie schmerzfrei gehen? _____
7. Hatten Sie in der Vergangenheit schlecht heilende Wunden? Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wo? _____
8. Sind Ihre Beine oder Füße nach größerer Anstrengung bläulich verfärbt? Ja ☐ Nein ☐
9. Hatten Ihre Eltern und Geschwister eine der folgenden Erkrankungen?
Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes oder Gicht? Ja ☐ Nein ☐

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

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

Anlage 4

Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

Vertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) zwischen der KV Hamburg und der KKH sowie HEK

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 § 2 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 mit dem Ende oder Wegfall meiner Zulassung oder Approbation endet.
 - die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefonnummer, LANR und BSNR der ärztlichen Teilnehmer des Vertrages an die KKH und HEK sowie der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KKH, HEK 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!