

## **2. Nachtrag**

### **zum Vertrag**

**über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von  
Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus  
auf der Grundlage des § 140a SGB V**

zwischen

der

**DAK-Gesundheit**

Landesvertretung Hamburg

Gotenstraße 12

20097 Hamburg

und

der

**Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**

Humboldtstraße 56

20083 Hamburg

- nachfolgend KV Hamburg genannt –

sowie

der

**Kaufmännischen Krankenkasse – KKH**

Karl-Wiechert-Allee 61

30625 Hannover

- nachfolgend KKH genannt -

vom 1. Oktober 2016

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

## **Der Vertrag wird wie folgt angepasst:**

1. Die Anlagen 6, 7 und 8 (Teilnahmeerklärung der Versicherten, Versicherteninformation und Datenschutzmerkblatt), sowie die Anlagen 6a, 7a und 8a des Vertrages (Teilnahmeerklärung für Versicherte der KKH, Versicherteninformation der KKH und Datenschutzmerkblatt für Versicherte der KKH) werden gegen die Anlagen 1 bis 6 dieses Nachtrags ausgetauscht.
2. Der Nachtrag tritt am 25.05.2018 in Kraft. Es wird eine Übergangszeit bis zum 30.06.2018 vereinbart, in der sowohl die bisher gültigen Anlagen 6, 6a, 7, 7a, 8 und 8a, als auch die diesem Nachtrag beigefügten neuen Formulare genutzt werden können.

## **Anlagen**

Anlage 1: Anlage 6 Teilnahmeerklärung der Versicherten

Anlage 2: Anlage 7 Versicherteninformation

Anlage 3: Anlage 8 Datenschutzmerkblatt

Anlage 4: Anlage 6a Teilnahmeerklärung für Versicherte der KKH

Anlage 5: Anlage 7a Versicherteninformation der KKH

Anlage 6: Anlage 8a Datenschutzmerkblatt für Versicherte der KKH

**Hamburg, den 24.05.2018**

**Kassenärztliche Vereinigung Hamburg**

.....

Walter Plassmann

**DAK-Gesundheit**

Landesvertretung Hamburg

.....

Katrin Schmieder

**Kaufmännische Krankenkasse – KKH**

.....

Klaus Böttcher

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

## Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Vertrags-Nr.:

**120022DA025**

**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. 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 12 Monaten 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 Leistungserbringer-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.

### 2. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

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 in Textform 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. 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.
- ich mich über die teilnehmenden Leistungserbringer auf der Homepage der DAK-Gesundheit unter [www.dak.de/120022DA025](http://www.dak.de/120022DA025) informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem DAK-Servicezentrum anfordern kann.

### 4. Einwilligungserklärung und Widerrufsrecht zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

**Ich willige in 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 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.**

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

### Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Institutionskennzeichen (IK)

\_\_\_\_\_  
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 über die frühzeitige Diagnostik und  
Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes**

Vertrags-Nr.:

**121022KK001**

**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, 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 jeweils Jahres automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht 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, einer Praxisschließung oder auch bei Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

### 2. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

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 in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH.**

**Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die KKH 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 Ärzte 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.
- ich mich über die teilnehmenden Ärzte auf der Homepage der KKH unter [www.kkh.de/frueherkennung-diabetes](http://www.kkh.de/frueherkennung-diabetes) informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern kann.

### 4. Einwilligungserklärung und Widerrufsrecht zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

**Ich willige in 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 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.**

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

#### Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Bitte LANR und BSNR eintragen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

## Besondere Versorgung

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Vertrags-Nr.:

**120022DA025**

## Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Als Folge des Diabetes mellitus 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

#### **Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie):**

Ihr Arzt wird durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität sowie Schweißsekretion erkennen.

#### **Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS):**

Ein Tagebuch, das Sie für 48 Stunden führen, kann Ihrem Arzt erste Hinweise auf eine entstehende Harnblasenstörung geben.

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

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

#### **Verfettung der Leber (Diabetesleber):**

Laboruntersuchungen und ein Ultraschall der Leber geben Auskunft über den Zustand des Organs. Die Verfettung ist der erste Schritt eines Schädigungsprozesses dieses Organes.

#### **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 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 Leistungserbringer an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der DAK-Gesundheit unter [www.dak.de/120022DA025](http://www.dak.de/120022DA025) 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 in Textform 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 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 einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxischließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes 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 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.

## Besondere Versorgung (BesV)

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

Vertrags-Nr.:

**121022KK001**

## Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

Als Folge des Diabetes mellitus 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

#### **Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie):**

Ihr Arzt wird durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität sowie Schweißsekretion erkennen.

#### **Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS):**

Ein Tagebuch, das Sie für 48 Stunden führen, kann Ihrem Arzt erste Hinweise auf eine entstehende Harnblasenstörung geben.

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

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

#### **Verfettung der Leber (Diabetesleber):**

Laboruntersuchungen und ein Ultraschall der Leber geben Auskunft über den Zustand des Organs. Die Verfettung ist der erste Schritt eines Schädigungsprozesses dieses Organes.

#### **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 die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte 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-diabetes](http://www.kkh.de/frueherkennung-diabetes) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern.

## **Widerruf**

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.

## **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 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. 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 Ärzten erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

## Besondere Versorgung

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Vertrags-Nr.:

**120022DA025**

## Datenschutzmerkblatt

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre medizinischen, personenbezogenen Behandlungsdaten (Name, Adressdaten, Versichertennummer, Diagnose nach ICD 10 (Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation für medizinische Diagnosen), Abrechnungspositionen über erbrachte medizinische Leistungen, Behandlungsdaten) von Ihrem einschreibenden Leistungserbringer erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt die DAK-Gesundheit die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der Vertragsarzt von Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer erhebt und an die DAK-Gesundheit weiterleitet.

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung und die DAK-Gesundheit, soweit die Informationen nach Maßgabe des § 140a SGB V für die Sicherstellung der erfolgreichen Durchführung der Vereinbarung über die besondere Versorgung und des Behandlungserfolgs erforderlich sind, einverstanden.

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 die korrekte Abrechnung und leitet diese an die DAK-Gesundheit weiter.

Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Die DAK-Gesundheit behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§ 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 nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit, Herrn Andreas Kant, überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung.

DAK-Gesundheit, Beauftragter für den Datenschutz

Nagelsweg 27 - 31 in 20097 Hamburg

[datenschutz@dak.de](mailto:datenschutz@dak.de)

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter

[www.dak.de/datenschutz](http://www.dak.de/datenschutz)

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und die Informationsfreiheit zu wenden:

Husarenstraße 30 in 53117 Bonn

[poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)

## **Besondere Versorgung (BesV)**

### **Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes**

Vertrags-Nr.:

**121022KK001**

## **Datenschutzmerkblatt**

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre medizinischen, personenbezogenen Behandlungsdaten (Name, Adressdaten, Versichertennummer, Diagnose nach ICD 10 (Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation für medizinische Diagnosen), Abrechnungspositionen über erbrachte medizinische Leistungen, Behandlungsdaten) von Ihrem einschreibenden Arzt erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Im Rahmen der Abrechnung der Versorgung benötigt die KKH die hierfür relevanten personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, wie Ihren Namen, Ihre Identifikationsnummer und das Einschreibdatum, die Ihr Arzt von Ihnen als Teilnehmer erhebt und über die Kassenärztliche Vereinigung als abrechnende Stelle an die KKH weiterleitet. Mit Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung, die im Rahmen der Abrechnung erforderlich ist, einverstanden.

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 die korrekte Abrechnung und leitet diese an die KKH weiter. Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Die KKH behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und –verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften werden sämtlich eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§ 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 nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht

den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KKH (Kontakt: [datenschutz@kkh.de](mailto:datenschutz@kkh.de)) überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage von §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 i. V. m. 140a SGB V.

Weitergehende Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie ab dem 25.05.2018 unter: [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz).