1. Änderungsvereinbarung

zum

Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) gemäß § 140a SGB V in der Fassung vom 01.10.2019

Zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg vertreten durch den Vorstand Walter Plassmann und Caroline Roos

und der

Kaufmännischen Krankenkasse - KKH

Karl-Wiechert-Alle 61, 30625 Hannover vertreten durch den Vorstand Herrn Dr. Matz

Und der

HEK - Hanseatische Krankenkasse

Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg vertreten durch den Vorstand

Torsten Kafka

<u>Hinweis:</u> Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Nachtrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt. Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

1. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) gemäß § 140a SGB V in der Fassung vom 01.10.2019 Vertragskennzeichen: 121022KK002

Präambel

Der zwischen den Vertragspartnern geschlossene Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen vom 01.10.2019 nebst Anlagen wird wie folgt geändert:

§ 1 Änderungen des Hauptvertrages

(1) Die Präambel wird wie folgt geändert:

In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort "mellitus" das Komma durch ein "und" ersetzt und die Wörter "und psychische Störungen" gestrichen.

(2) § 2 wird wie folgt geändert:

- Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KV Hamburg zugelassenen Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte sowie Ärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V. Dies gilt auch für ermächtigte Ärzte mit einem entsprechenden Ermächtigungsumfang, die über die KV Hamburg abrechnen. Die Teilnahme von angestellten Ärzten ist nur gestattet, wenn der anstellende Arzt, das MVZ bzw. die Einrichtung ebenfalls am Vertrag teilnimmt. Ärzte, die nur in einer Zweigpraxis oder im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft auf dem Gebiet der KV Hamburg tätig sind, können an diesem Vertrag nicht teilnehmen¹.

Es wird folgende Fußnote eingefügt:

¹Ärzte, die nur in einer Zweigpraxis oder im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft auf dem Gebiet der KV Hamburg tätig sind, haben die Möglichkeit, einen Einzelvertrag zu gleichen Konditionen mit der Krankenkasse abzuschließen. Die Abwicklung erfolgt direkt durch die Krankenkasse.

- Abs. 3 wird wie folgt gefasst:

Der Arzt erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 bei der KV Hamburg. Durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Arzt folgende

Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen:

- a. regelmäßige (mindestens jährlich) Teilnahme an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen oder an anerkannten Qualitätszirkeln.
 - Die Fortbildungen bzw. die Qualitätszirkel müssen dabei krankheitsspezifischen Bezug auf die in den Anlagen 3.1 bis 3.6 zu versorgenden Krankheitsbilder (z.B.

1. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) gemäß § 140a SGB V in der Fassung vom 01.10.2019 Vertragskennzeichen: 121022KK002

pneumologisch-/diabetologisch-/KHK-spezifisch) haben. Durch regelmäßige (jährliche) Fortbildungen macht der Arzt sich mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass er sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann. Die besonderen Untersuchungstechniken umfassen dabei die Durchführung des Screenings gemäß den Anlagen 3.1 bis 3.6 und deren Anhänge. Die Teilnahme an den krankheitsspezifischen zertifizierten Fortbildungen bzw. Qualitätszirkeln ist der KV Hamburg alle fünf Jahre, beginnend mit Ablauf des Jahres, in dem der Arzt die Teilnahme an dem Vertrag erklärt hat, nachzuweisen.

- Vorhalten der zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung
- c. Durchführung einer leitliniengerechten Untersuchung bzw. Behandlung
- d. Erfüllung der Vertragsinhalte zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben

- Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 eingefügt:

Der Arzt beauftragt die KV Hamburg mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere mit der Abrechnung der Vergütungen nach diesem Vertrag.

- Die bisherigen Absätze 4 bis 8 werden die Absätze 5 bis 9.
- Der neue Absatz 7 wird wie folgt gefasst:

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 Fortbildungen/Qualitätszirkel (nach Abs. 3a) nicht bis zum 15.02. nach Ablauf eines Fünfjahreszeitraums nachgewiesen wurden.
- d. wenn die Zusammenarbeit zwischen den Vertragsparteien beendet wird, d.h. die Versorgung nicht mehr angeboten wird. Die teilnehmenden Ärzte erhalten hierüber rechtzeitig eine Information seitens der KV Hamburg.

Eine sofortige Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.

In den Fällen des § 2 Abs. 7 lit a), b) und c) kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an dieser Vereinbarung teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.

(3) § 3 wird wie folgt geändert:

1. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus) gemäß § 140a SGB V in der Fassung vom 01.10.2019 Vertragskennzeichen: 121022KK002

- Abs. 5 wird wie folgt gefasst:

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, in elektronischer Form oder zur Niederschrift 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.

- Abs. 6 lit. b Satz 2 wird wie folgt gefasst:

Die Kündigung kann frühestens nach Ablauf von 12 Monaten Teilnahmedauer erfolgen und hat mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende zu erfolgen.

- Nach Absatz 6 wird folgender Abs. 7 angefügt:

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

§2

Änderungen in den Anlagen

Folgende dieser Änderungsvereinbarung beigefügte Anlagen ersetzen die gleichnamigen Vertragsanlagen:

Anlage 1: Vergütung

Anlage 2: Versicherteninformation

Anlage 3.2: unbesetzt

Anhang zur Anlage 3.2: gestrichen

Anlage 4: Teilnahmeerklärung Arzt

(VorsorgePlus) gemäß § 140a SGB V in der Fassung vom 01.10.2019 Vertragskennzeichen: 121022KK002
Vertragskermzeichen. 121022kkouz
§ 3
Gültigkeit
Diese Änderungsvereinbarung tritt zum 01.07.2020 in Kraft.
Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Hannover, den
Hanseatische Krankenkasse – HEK
Hamburg, den
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Hamburg, den

Anlage 1: Vergütung VorsorgePlus

Für die Leistungen nach § 5 gemäß der Anlagen 3 dieses Vertrages, erhält der Arzt nachfolgende Vergütungen:

Versor	gungsprogramm zur f	rühzeitigen Dia	Anlage 3.1: agnostik und Behandlung bei COPD	der respiratorischen Insuffizienz
GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93400	Durchführung Scree- ning	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 gesi- cherte chronisch respiratorische In- suffizienz (J96.1-)
93401	Durchführung Nach- sorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93400 ab- rechenbar	Bei neuem Befund einer chronisch respiratorischen Insuffizienz (J96.1-)

Anlage 3.2: unbesetzt

Versor	Anlage 3.3: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von neurologischen Komplikati- onen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten			
GOP	Leistung	Vergütung	Frequenz	Abrechnungsvoraussetzungen
93404	Durchführung Scree- ning	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter Diabetes- diagnose (E10, E11, E12, E13, E14, ausgenommen E1*.4-), ohne bisher gesicherte diabetische Neuro- pathie (E1*.4-, G59.0, G63.2)
93405	Durchführung Nach- sorgeprogramm	20€	Einmal 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.	

Versorç	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 Scree- ning	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherter Diabetes- diagnose (E10, E11, E12, E13, E14), ohne bisher gesicherte Bla- senentleerungsstörung (N31.1, N31.2)	
93408	Durchführung Nach- sorgeprogramm	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 Scree- ning	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 Nach- sorgeprogramm	20 €	Einmal im Behandlungsfall. Im Behandlungsfall nicht neben der GOP 93409 ab- rechenbar.	Bei neuem Befund einer Nierenkom- plikation 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 Scree- ning	20 €	Einmal im Krankheitsfall	Versicherte mit gesicherten Grunder- krankungen (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 ge- sicherte stadienspezifische pAVK (I70.2-)
93413	Durchführung Nach- sorgeprogramm	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 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.

Im Einzelnen enthalten die Versorgungsprogramme je nach Krankheitsbild folgende Leistungen:

Vorsorgeprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei Vorliegen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD):

Ihr Arzt kann durch leitliniengerechte Untersuchungen erste Anzeichen einer respiratorischen Insuffizienz frühzeitig erkennen und sie umfassend beraten.

Vorsorgeprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie) bei Vorliegen eines Diabetes:

Ihr Arzt kann durch leitliniengerechte Untersuchungen und unter zur Hilfenahme bestimmter Diagnosemittel erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität und Schweißsekretion frühzeitig erkennen und Sie umfassend beraten.

Vorsorgeprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung des unteren Harntraktes (LUTS) bei Vorliegen eines Diabetes:

Ihr Arzt kann durch leitliniengerechte Untersuchungen erste Anzeichen einer entstehenden Harnblasenstörung frühzeitig erkennen und Sie umfassend beraten. Hierfür werden Sie auch ein Miktionstagebuch für 48 Stunden führen.

Vorsorgeprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer chronischen Nierenkrankheit bei Vorliegen eines Diabetes:

Ihr Arzt kann durch leitliniengerechte Untersuchungen erste Anzeichen einer chronischen Nierenkrankheit frühzeitig erkennen und Sie umfassend beraten. Zudem wird Ihr Arzt mit speziellen Teststreifen Ihr Urin untersuchen.

Vorsorgeprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer Gefäßschädigungen (pAVK) bei Vorliegen eines Diabetes oder bei Bluthochdruck:

Ihr Arzt kann durch leitliniengerechte Untersuchungen erste Anzeichen einer pAVK frühzeitig erkennen und Sie umfassend beraten. Im Rahmen Ihrer Teilnahme werden Sie auch einen Fragebogen ausfüllen.

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. Nach diesen 12 Monaten können Sie Ihre Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. 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.

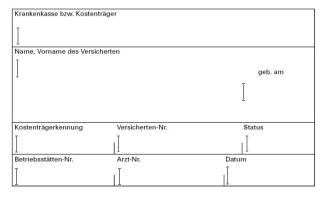
Ihre erhobenen und verarbeiteten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung, bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von der KKH für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (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.





Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

Vertrag nach §140a SGB V Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen in KV Hamburg (VorsorgePlus)

	Auresse.
Vertragskennzeichen:	Exemplar
121022KK002	Hamburg

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.

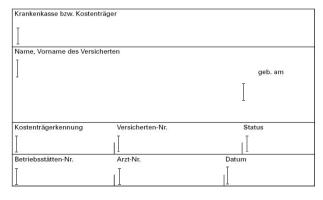
Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten der Krankenkassen – spätestens nach 6 Jahren – gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der 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 einschreiber	nden Leistungserbringer* auszufüllen
LANR / BSNR / IK-Nr.	
gemäß § 140a SGB V ergebenden beson Versicherten / gesetzliche Vertreterin ode und Pflichten sowie die Erhebung, Speich	e Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag ideren Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den er gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte nerung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im en Versorgung umfassend aufgeklärt habe.
Datum	Unterschrift, Stempel





Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

Vertrag nach §140a SGB V Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen in KV Hamburg (VorsorgePlus)

	Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:
Vertragskennzeichen:	
121022KK002	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 einschreiber	nden Leistungserbringer* auszufüllen
LANR / BSNR / IK-Nr.	
gemäß § 140a SGB V ergebenden beson Versicherten / gesetzliche Vertreterin ode und Pflichten sowie die Erhebung, Speich	e Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag ideren Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den er gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte nerung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im en Versorgung umfassend aufgeklärt habe.
Datum	Unterschrift, Stempel



Kassenärztliche Vereinigung Hamburg Qualitätssicherung Postfach 76 06 20 22056 Hamburg

Arztstempel

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

Hinweis:

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

Antragsteller	
Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ	
Betriebsstättennummer und Anschrift der Hauptbetrie	bsstätte
A. Die Teilnahmeerklärung erfolgt für	
Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
Name, Vorname Fachrichtung	Lebenslange Arztnummer
	Lebenslange Arztnummer
	Lebenslange Arztnummer
Fachrichtung Telefonnummer	Lebenslange Arztnummer
Fachrichtung	Lebenslange Arztnummer

B. Die Teilnahmeerklärung erfolgt zusätzlich für folgende(n) angestellte(n) Arzt/Ärzte	
Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
Fachrichtung	
Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
Fachrichtung	
Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
Fachrichtung	

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

- (1) Ich und die bei mir angestellten Ärzte sind über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß § 2 des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle. Durch meine Unterschrift erkläre ich, über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung zu verfügen. Des Weiteren erkläre ich, eine leitliniengerechte Behandlung durchzuführen.
- (3) Des Weiteren erkläre ich, dass ich regelmäßig (mindestens jährlich) an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen bzw. an anerkannten Qualitätszirkeln teilnehme, die einen krankheitsspezifischen Bezug auf die in den Anlagen 3.1 bis 3.6 des Vertrages zu versorgenden Krankheitsbilder (z.B. pneumologisch-/diabetologisch-/KHK-spezifisch) haben. Durch regelmäßige Fortbildung mache ich mich mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass ich sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann. Die besonderen Untersuchungstechniken umfassen dabei die Durchführung des Screenings gemäß den Anlagen 3.1 bis 3.6 und deren Anhänge. Die Teilnahme an den krankheitsspezifischen zertifizierten Fortbildungen bzw. Qualitätszirkeln ist der KV Hamburg alle fünf Jahre, beginnend mit Ablauf des Jahres, in dem ich die Teilnahme an dem Vertrag erklärt habe, nachzuweisen.
- (4) Ich erkläre, dass die unter Absatz 2 und 3 aufgeführten Erklärungen auch für die bei mir angestellten Ärzte gelten.
- (5) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der KV Hamburg in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.
- (6) Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

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

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

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

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:	
Ort/Datum	Unterschrift Arzt / ärztlicher Leiter des MVZ
	Unterschrift angestellter Arzt
	Unterschrift angestellter Arzt
	Unterschrift angestellter Arzt