5. Nachtrag

zum Vertrag

über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage von § 140a SGB V vom 01.10.2016 i.d.F. des 4. Nachtrages vom 01.01.2025

zwischen der

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Hamburg

- nachfolgend „DAK-G“ genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

- nachfolgend „KV Hamburg“ genannt –

Vertragsnummer: 121022DA025

Der Vertrag wird wie nachfolgend beschrieben angepasst:

1. Der § 2 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

   „Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich auf dem Formular gemäß Anlage 6, nachdem sie über die Inhalte dieser Versorgung sowie den Zweck und Umfang der Speicherung, Verwendung und Auswertung der erhobenen Daten aufgeklärt wurden und ihnen das Merkblatt Versicherteninformation gemäß Anlage 7 und das Datenschutzmerkblatt gemäß Anlage 8 ausgehändigt wurde. Der Arzt übermittelt die Teilnahmeerklärung gemäß den Regelungen des § 4 Abs. 2 dieses Vertrages."

2. Der § 4 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

   „Der teilnehmende Arzt berät den Versicherten umfassend über die Inhalte und füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 6 aus und händigt die Versicherteninformation gemäß Anlage 7 und das Datenschutzmerkblatt nach Anlage 8 aus. Er kann die Teilnahmeerklärung (im Original) postalisch über die KV Hamburg zur Weiterleitung an die DAK-Gesundheit (Adresse: siehe Teilnahmeerklärung nach Anlage 6) übermitteln oder elektronisch über das Leistungserbringerportal KIM (Kommunikation im Gesundheitswesen) an die KIM-Mailadresse der DAK-G (dak-kim@dak.kim.telematik). In diesem Fall ist das Original der Teilnahmeerklärung für die Dauer von 10 Jahren aufzubewahren und nach Anforderung der DAK-G vorzulegen. Die Teilnahmeerklärung muss spätestens bei der Abrechnung vorliegen. Der Arzt kann alternativ Im Falle einer unwirksamen Teilnahme des Versicherten werden die vom teilnehmenden Arzt bereits erbrachten Leistungen gemäß Anlage 9 von der DAK-Gesundheit vergütet."

3. Die Anlage 6 „Teilnahmeerklärung der Versicherten" wird gegen die diesem Nachtrag beigefügte Anlage 6 ausgetauscht.

4. Dieser 5. Nachtrag tritt zum 01.04.2026 in Kraft.

Hamburg, den

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
vertreten durch den Vorstand

DAK-G Landesvertretung Hamburg
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Hamburg

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

Besondere Versorgung
Teilnahmeerklärung

DAK Gesundheit
Ein Leben lang.

Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Vertrags-Nr.:
121022DA025

DAK Spezialisten-Netzwerk

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

DAK-Gesundheit Postzentrum, 22778 Hamburg

Teilnahmeerklärung

1. Ich erkläre hiermit meine Teilnahme

Mein behandelnder Arzt hat mich ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert. **Eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot wurde mir ausgehändigt und ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden**. Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündige. Ich kann meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen. Ein wichtiger Grund liegt z.B. bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.
Mir ist bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.

2. Widerrufsrecht

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

3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das mir ausgehändigte Datenschutzmerkblatt habe ich gelesen und verstanden. Ich erkläre mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden.
Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder der DAK-Gesundheit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann jedoch nicht mehr möglich.

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

Datum Unterschrift Versicherte(r) / gesetzlicher Vertreter

Datum Unterschrift Leistungserbringer

982-803A/10.20