



Kassenärztliche
Vereinigung
Hamburg



Kaufmännische
Krankenkasse

Vereinbarung über einen Beitritt

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 beitretenden

Kaufmännischen Krankenkasse – KKH

Karl-Wiechert-Allee 61

30625 Hannover

- nachfolgend KKH genannt -

1. Die KKH erklärt ihren Beitritt zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus mit Wirkung zum 01.10.2017.
2. Die DAK-Gesundheit und die KV Hamburg stimmen dem Beitritt zu.
3. Mit dem Beitritt erkennt die KKH die sich aus dem oben genannten Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lässt diese gegen sich gelten.
4. Die Formulare für die Einschreibung von Versicherten der KKH in den Vertrag sind als Anlage Teil dieser Beitrittserklärung. Erforderliche Änderungen dieser Formulare werden im Einvernehmen zwischen der KKH und der KV Hamburg vereinbart und bedürfen keiner Änderung dieser Beitrittserklärung.
5. In der dieser Beitrittserklärung beigefügten Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte (Anlage 10) wird hinter den Worten „DAK-Gesundheit“ bzw. „DAK-G“ jeweils KKH ergänzt.
6. In Anlage 10 wird darüber hinaus die Erklärung unter Ziff. 4 im zweiten Absatz wie folgt gefasst: „Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer der Teilnehmer des Vertrages an die DAK Gesundheit sowie an die KKH und mit der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KV Hamburg, der KKH sowie der DAK-Gesundheit bin ich einverstanden.“
7. Die KKH regelt ihre individuellen Abwicklungsmodalitäten (z. B. Benennung eines internen Ansprechpartners, Abrechnung etc.) direkt mit der KV Hamburg unter Beachtung der vertraglichen Regelungen.
8. Auch im Falle einer Kündigung des Vertrages seitens der DAK-Gesundheit, sind sich die KV Hamburg und die KKH darüber einig, die Regelungen des Vertrages weiterhin gegen sich gelten zu lassen.
9. Änderungen und Ergänzungen des oben genannten Vertrages werden nach schriftlicher Bekanntgabe gegenüber der KKH automatisch wirksam, es sei denn, die KKH widerspricht einzeln oder insgesamt der Geltung der jeweiligen Änderung/Ergänzung schriftlich gegenüber der KV Hamburg. Bei wesentlichen Änderungen des Vertrages kann die KKH innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe den Beitritt zum Ende des Quartals außerordentlich kündigen. Sonstige Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.
10. Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2017 in Kraft.

Anlagen

Anlage 1: Anlage 6a Teilnahmeerklärung für Versicherte der KKH

Anlage 2: Anlage 7a Versicherteninformation der KKH

Anlage 3: Anlage 8a Datenschutzmerkblatt für Versicherte der KKH

Anlage 4: Anlage 10 Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

Hamburg, den 18.08.2017

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 (BesV) Teilnahmeerklärung

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

Vertrags-Nr.:

121022KK001

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover,
Fax 0511 80 684 684, Email an BesV@kkh.de

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer der besonderen Versorgung an die Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme an dieser Versorgung jedoch unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist ordentlich kündigen kann, wenn es sich bei der von mir gewünschten Behandlung um eine auf längere Sicht ausgerichtete medizinische Versorgung handelt.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes dagegen jederzeit kündigen kann und ein wichtiger Grund zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel vorliegt.

ich über Nachfolgendes informiert wurde:

- Für die von mir gewählte Versorgung besteht nach Ablauf der Widerrufsfrist die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung. Die Kündigungsfrist beträgt: 4 Wochen.
- Die Kündigung ist frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme möglich. Die fristlose Kündigung bleibt hiervon unberührt.

2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe 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 Leistungserbringer 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 und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.
- ich bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst tragen muss.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits z. B. nicht in Notfällen oder bei Abwesenheit des gewählten Haus- oder Facharztes vom Praxisort vorliegt.
- ich mich über die teilnehmenden Leistungserbringer auf der Homepage der KKH unter **www.kkh.de/diabetes** informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem KKH-Servicezentrum anfordern kann.

4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten.

Ich weiß, dass die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.

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

Institutskennzeichen (IK)

Datum

Unterschrift, Stempel

Besondere Versorgung (BesV)

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

Vertrags-Nr.:

121022KK001

Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot zur frühzeitigen 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 diabetischen Nervenschädigung (Neuropathie), Gefäßschädigung (Angiopathie), Störung der Harnblasenentleerung (neurogene Blase bzw. Blasenatonie), Schädigung der Leber (Diabetesleber) sowie chronische Nierenkrankheit (Niereninsuffizienz).

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Im Rahmen dieser Versorgung sind Sie für die Dauer Ihrer Teilnahme verpflichtet, ausschließlich die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Verstoßen Sie während Ihrer Teilnahme gegen diese Verpflichtung, sind bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten von Ihnen selbst zu tragen. 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 KKH unter **www.kkh.de/diabetes** nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem KKH-Servicezentrum anfordern.

Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen ambulanten ärztlichen 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

Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für die Dauer der besonderen Versorgung an die Teilnahme gebunden.

Handelt es sich bei der von Ihnen gewünschten Behandlung um eine auf längere Sicht ausgerichtete medizinische Versorgung, z. B. bei einer chronischen Erkrankung, besteht für Sie die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist. Details dazu finden Sie unter Punkt 1 der Teilnahmeerklärung.

Sie können Ihre Teilnahme jedoch bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit kündigen. Ein wichtiger Grund liegt z. B. bei einem Wohnortwechsel 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 Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Merkblatt zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.

Besondere Versorgung (BesV)

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

Vertrags-Nr.:

121022KK001

Datenschutzmerkblatt

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten von Ihrem betreuenden Arzt erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt die KKH die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der Leistungserbringer (Vertragsarzt oder Krankenhaus) von Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer erhebt und an die KKH weiterleitet.

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Leistungserbringer 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 nach den §§ 67 a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KKH überwacht.

Anlage 10

zum Vertrag nach über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Hamburg und der DAK-Gesundheit sowie der KKH

Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Hamburg und der DAK-Gesundheit sowie der KKH

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 des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle.

(3) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.

(4) Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme freiwillig ist und meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Hamburg,
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer der Teilnehmer des Vertrages an die DAK Gesundheit sowie an die KKH und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der KKH sowie der DAK-Gesundheit bin ich einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift

Vertragsarztstempel

Wichtig:

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