

## **1 . N a c h t r a g**

**zum Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß §140a SGB V - Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen („VorsorgePlus“) vom 01.10.2021**

**zwischen der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**  
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg  
(nachfolgend „KVH“ genannt)

und der

**Kaufmännischen Krankenkasse - KKH**  
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover  
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“ genannt)

und der

**HEK - Hanseatische Krankenkasse**  
Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg  
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“ genannt)

und der

**Techniker Krankenkasse - TK**  
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg  
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“ genannt)

**Vertragskennzeichen: 121022KK002**

## Präambel

Der zum 01.10.2021 in Kraft getretene Vertrag zur besonderen Versorgung „VorsorgePlus“ auf Grundlage des § 140a SGB V wurde durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) geprüft. Im Zuge der Prüfung wurden die Vertragspartner aufgefordert die Anlage 3.2 des Vertrages zu überarbeiten, um den besonderen Versorgungscharakter deutlicher hervorzuheben. Ebenfalls wurde ein Austausch der Anlage 2 (Teilnahmeerklärung Versicherte) der Techniker Krankenkasse (TK) und der Kaufmännische Krankenkasse (KKH) abgestimmt, um das vertragliche Kündigungsrecht der Versicherten transparent zu machen.

Vor diesem Hintergrund vereinbarten die Vertragspartner den nachfolgenden 1. Nachtrag.

1. Die Anlagen 2 - Teilnahmeerklärungen der Versicherten der KKH und der TK werden gegen die diesem Nachtrag beigefügten Anlagen 2 ausgetauscht.
2. Die Anlage 3.2 - Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer symptomatischen Arthrose des Hüft- und Kniegelenks wird durch die diesem Nachtrag beigefügte Anlage 3.2. ersetzt.
3. Der Nachtrag tritt zum 01.07.2023 in Kraft.

.....  
Datum, Kassenärztliche Vereinigung Hamburg - KVH,  
Vorstand

.....  
Datum, Kaufmännische Krankenkasse - KKH,  
Abteilungsleiter/in

.....  
Datum, Hanseatische Krankenkasse - HEK,  
Geschäftsbereichsleiter/in

.....  
Datum, Techniker Krankenkasse - TK,  
Geschäftsbereichsleiter/in

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 zur besonderen Förderung  
ärztlicher Vorsorgeleistungen (VorsorgePlus)

**Vertragskennzeichen:**

121022KK002

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung im Original an die KV  
Hamburg.**

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung

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 aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. Meine Teilnahme kann ich zusätzlich nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der KKH endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

### 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.**

\*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.

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 10 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.**

### 3. Patientenbefragung

Um die Qualität dieser besonderen Versorgung weiter zu verbessern, werden nach Abschluss der Behandlung ggf. Patientenbefragungen durchgeführt. Mir entstehen keinerlei Nachteile, wenn ich nicht daran teilnehmen möchte. Die Teilnahme am Versorgungsangebot ist hiervon unabhängig. Bei der Patientenbefragung schicke ich den Fragebogen ohne die Angabe meines Namens und weiterer persönlicher Daten an die KKH. Die Auswertung erfolgt anonymisiert.

Ja, die KKH darf mir Unterlagen zu einer Patientenbefragung zusenden.

Nein, ich möchte nicht an einer Patientenbefragung teilnehmen.

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

# Versicherteninformation

## **1. Informationen zur Teilnahme an der besonderen Versorgung**

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Das reguläre Behandlungsende sowie die Fristen zur Beendigung Ihrer Teilnahme können Sie dem Informationsblatt zum Angebot entnehmen.

Sie können Ihre Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, sofern z. B. einer der folgenden wichtigen Gründe vorliegt:

- Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden.
- Ihr Vertrauensverhältnis zum behandelnden Leistungserbringer\* ist gestört.
- Sie können Ihren Leistungserbringer\* aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Zusätzlich haben Sie das vertragliche Recht auf eine Kündigung. Die Kündigung kann frühestens nach Ablauf von 12 Monaten mit einer Frist von vier Wochen bis zum Quartalsende erfolgen.

Bitte senden Sie Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch in Textform an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH Servicestelle.

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an die Leistungserbringer\* gebunden. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, wenn Sie sich nicht an diese Bindung halten. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringern\*, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, können Sie mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen. Die Bindung an die Leistungserbringer\* gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen oder durch Ihren behandelnden Leistungserbringer\* an einen anderen Leistungserbringer\* überwiesen werden. Für Ihre sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, können Sie Ärzte frei wählen.

## **2. 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, Ordnungsdaten 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, dass für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

\*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.

## **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**

Ihre KKH möchte, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen Versorgung mit anonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt.

### **Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung**

Die Leistungserbringer\* übermitteln Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und 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 (KVH), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg. Die KKH tauscht sich mit dem Leistungserbringer\* oder dem Dienstleister über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

### **Datenverarbeitung für Abrechnungszwecke**

Die Leistungserbringer\* beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere separate Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Dienstleister ist: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg. 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. Gemäß Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist neben der KKH folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH), Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben gemäß EU-DSGVO jederzeit das Recht, Ihre Daten 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 DS-GVO) zu veranlassen.

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 10 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](mailto: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](http://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 beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn oder [poststelle@bfdi.bund.de](mailto: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](mailto:datenschutz@kkh.de). Wir helfen Ihnen gern weiter.



## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Bitte übermitteln Sie die Teilnahmeerklärung im Original an die KV Hamburg



502048

VorsorgePlus: Besser leben mit chronischer Erkrankung in Hamburg



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

### I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. 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. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zum Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der umseitigen "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung" und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

**Widerrufsmöglichkeiten:** Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an die Techniker Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten der Techniker Krankenkasse finde ich in der "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung".

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Meine Teilnahme kann ich nach Ablauf der 12 Monate mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Unabhängig davon besteht das jederzeitige Recht auf außerordentliche Kündigung. In der umseitigen "Versicherteninformation" wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

### II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der umseitig beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht**, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

**Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte**

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

**Widerrufsmöglichkeiten:** Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. umseitig genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. umseitig genannte Fax- und E-Mail-Angaben). Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

# Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung



## I. Informationen zur Teilnahme

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung.  
Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

### So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

### So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, schriftlich (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München), elektronisch (E-Mail an [service@tk.de](mailto:service@tk.de) oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse.

### Bindungsfrist und Gründe für eine Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende (vgl. Konkretisierung in der Information zu diesem Versorgungsangebot) an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Die Teilnahme kann nach Ablauf der 12 Monate mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn Sie z. B. kein Vertrauen mehr in die Behandlungsmethode haben oder Ihr Vertrauensverhältnis zu den Sie behandelnden Leistungserbringern gestört ist. Ein solcher Grund liegt ebenfalls vor, wenn Ihre Leistungserbringer für Sie aufgrund eines Wohnortwechsels nicht erreichbar sind, da die neue Entfernung für Sie unzumutbar wäre. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, senden Sie uns Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief, Fax oder E-Mail).

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 die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

## II. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf [www.tk.de](http://www.tk.de) unter der Suchnummer 2019572. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: [datschutz@tk.de](mailto:datschutz@tk.de).

Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

Soweit Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) oder [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de).

### Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10).

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der Techniker Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

### Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb prüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit pseudonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig eingehalten.

### Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. In der Teilnahmeerklärung steht, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten an die Abrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

### Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern unter Tel. 0800 - 285 85 85. Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihren Leistungserbringern und auf [tk.de](http://tk.de).

## **Anlage 3.2: Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer Arthrose des Hüft- und Kniegelenks**

### **I. Präambel**

Arthrose gilt weltweit als die häufigste Gelenkerkrankung des erwachsenen Menschen.

Aufgrund der alternden Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist in den kommenden Jahren von einer weiterhin steigenden Arthrose-Prävalenz auszugehen. Besonders häufig sind die Hüft- und Kniegelenke von einer Arthrose betroffen, was zu einer starken Funktionseinschränkung alltäglicher, beruflicher und freizeitsportlicher Aktivitäten führt. Bei fortschreitender Erkrankung kommt es dabei zu Einbußen des sozialen Lebens, der Lebensqualität sowie zu einer Gefährdung der unabhängigen Lebensführung. Die Endstrecke der Arthrose ist eine vollständige Gelenkdestruktion, welche nur durch einen operativen Gelenkersatz zielführend behandelt werden kann. Neben dem altersbedingten Gelenkverschleiß begünstigen vor allem Übergewicht und eine Beinachsenfehlstellung durch eine mechanische Über- und Fehlbelastung der Gelenke, Sport- und andere Verletzungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes und Hyperurikämie sowie entzündliche Gelenkerkrankungen, die Entstehung einer Arthrose. Eine Arthrose wird häufig nicht frühzeitig diagnostiziert und auch Patienten mit bereits diagnostizierter Arthrose werden oft nicht konsequent behandelt. Dies hat sowohl einen beschleunigten Progress der Erkrankung als auch einen hohen schmerzbedingten Leidensdruck der unterversorgten Patienten zur Folge.

Dieses Versorgungsprogramm bietet in der hausärztlichen Versorgung die Möglichkeit, Risikopatienten auf eine bisher nicht erkannte Arthrose zu untersuchen, um frühzeitig weiteren Gelenkverschleiß, Progredienz und Chronifizierung vorzubeugen. Im Zentrum steht dabei die digital-unterstützte, individuelle und intensivierete Beratung, Betreuung und Motivation des Patienten hinsichtlich der Therapie der Arthrose sowie der Risikofaktoren und Komorbiditäten.

Die Ziele dieses Versorgungsprogramms sind dabei:

- die Umsetzung der patientenzentrierten Versorgung zu fördern,
- den Patienten über seine Erkrankung, Symptome und Therapien aufzuklären,
- durch eine ausreichende Dokumentation dem behandelnden Arzt das Nachvollziehen des Therapieverlaufs zu ermöglichen,
- ein optimales Arzneimittelmanagement im Sinne einer gezielten und rationalen medikamentösen Schmerztherapie zu fördern,
- Erstellung eines, auf das individuelle patienten-spezifische Risikoprofil abgestimmten Maßnahmen- und Therapieplanes,
- die Gesundheitskompetenz und Therapieadhärenz der Betroffenen durch die Anwendung von Techniken der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Sinne des Shared Decision Making zu stärken
- sowie den Zeitpunkt ggf. notwendig werdender Eingriffe und Operation möglichst lange zu verzögern bzw. unnötige Eingriffe und Operationen zu verhindern (u. a. durch den Einsatz von Zweitmeinungsverfahren).

### **II. Früherkennung**

#### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

Teilnehmen können Versicherte ab 45 Jahren, bei welchen noch keine Arthrose des Hüft- oder Kniegelenks (M16.-, M17.-) bekannt\* ist und bei denen mindestens eine der folgenden Diagnosen vorliegen:

- Adipositas (E66.-)
- Varus- oder Valgusfehlstellung des Hüft- bzw. Kniegelenks (M21.15, M21.05, M21.16, M21.06)
- Gelenkinstabilität (M23.5-, M24.35, M24.36, M24.45, M24.46)

- Stoffwechselstörungen wie Hyperurikämie (E79.0), Gicht (M10.-) oder Diabetes Mellitus (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-)
- Vorangegangene Traumata wie (S72.-, S73.-, S83.-, S82.1, S82.0),
- Entzündliche Gelenkerkrankungen wie (M70.5, M70.6, M70.7, M06.-5, M06.-6, M05-5, M05.-6, M07.-5, M07.-6, M08.-5, M08.-6, M09.-5, M09.-6, M12.-5, M12.-6, M13.-5, M13.-6, M14.-5, M14.-6)

\*Als bekannt gilt eine im vergangenen oder laufenden Kalenderjahr gesicherte Diagnose einer Hüft- oder Kniegelenksarthrose (M16.-, M17.-).

## **b) Umsetzungsinhalte**

- Es erfolgt eine leitliniengetreue Anamnese auf das Vorliegen einer Arthrose, diese sollte die Schmerzanamnese sowie die Medikationsanamnese und die Erhebung des individuellen Risikoprofils implizieren. Um dies besonders genau und objektivierbar durchführen zu können, soll ein valider, von der Leitlinie-empfohlener Fragebogen (z.B. KOOS-Score, Harris Hip Score, o.Ä.) vom Arzt verwendet werden. Der gewählte Fragebogen dient dabei als Leitfaden für das Anamnesegespräch und erlaubt eine intensive Auseinandersetzung mit den Beschwerden des Versicherten und somit eine höhere Diagnosesicherheit.
- Der Arzt führt eine allgemeine und spezielle klinische Untersuchung der Gelenke durch. Bei sich erhärtendem Verdacht auf eine Arthrose erfolgt, falls nötig, eine radiologische Diagnosesicherung.
- Kann eine vollständige diagnostische bzw. therapeutische Betreuung nicht durch den teilnehmenden Hausarzt durchgeführt werden, soll eine Zuweisung mit einer gezielten Fragestellung zum entsprechenden Facharzt erfolgen. Nach Erbringung der indizierten fachärztlichen Leistungen sollte die weitere Versorgung erneut vom teilnehmenden Hausarzt erfolgen, es sei denn medizinische Gründe sprechen dagegen.

## **III. Krankheitsorientiertes intensives Gespräch und Exploration der Therapiemöglichkeiten**

### **a) Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherte, bei welchen im Rahmen der Früherkennung eine Arthrose des Hüft- und/oder Kniegelenks (M16.-, M17.-) vorliegen.
- Die Verlaufskontrolle bzw. die Nachsorge folgt grundsätzlich klinischen Gesichtspunkten und ist einmal im Behandlungsfall und maximal achtmal innerhalb eines Zeitraums von neun Quartalen möglich.

### **b) Umsetzungsinhalte**

- Es sollen individuelle edukative und aufklärende Gespräche, Beratungen, Schulungen sowie personalisierte Ansätze für die Sekundär- und Tertiärprävention anhand der individuellen Risikoprofile und Bedürfnisse angeboten bzw. darauf hingewiesen werden.
- Der Arzt versucht dabei einen positiven Einfluss auf bestehende individuelle Risikofaktoren der Arthrose zu nehmen und die Gesundheitskompetenz der Patienten zu steigern. Das Selbstmanagement soll gefördert werden, um die gesundheitlichen Effekte nachhaltig zu gewährleisten.
  - So soll bei vorliegender Adipositas eine Gewichtsreduktion konkret angesprochen und nachdrücklich empfohlen werden. Ein Mangel an körperlicher Aktivität soll ebenfalls thematisiert und aktivitätsfördernde Maßnahmen nahegelegt werden.

- Bestehende Stoffwechselerkrankungen – wie beispielsweise Diabetes mellitus – sollen, um den Erkrankungsverlauf günstig zu beeinflussen, bestmöglich und leitliniengetreu therapiert werden.
- Bei Bedarf soll auf Angebote der Ernährungsberatung hingewiesen werden.
- Rauchstopp soll gefördert und auf Angebote für Raucherentwöhnung hingewiesen werden.
- Das individuelle Sturzrisiko soll mittels standardisierter Testverfahren (z.B. geriatrisches Basisassessment, Timed „up & go“ Test, Chair-Rising-Test, Tandem-Stand-Test) erhoben und eine individuelle Sturz-Prophylaxe soll angeboten werden.
- Die Patienten sollen auf verfügbare Zweitmeinungsangebote aufmerksam gemacht werden.
- Regelmäßige Beurteilung des individuellen Risikoprofils (Alter, Komorbidität, ungesunder Lebensstil, Medikationscheck, Sturzrisiko, Schmerzintensität und Bewegungseinschränkungen...).
- Daraus ergibt sich ein besonderes Versorgungskonzept, welches unter Berücksichtigung der leitliniengerechten Therapieoptionen die Umsetzung der patientenzentrierten Versorgung in der Praxis fördert.
- Um ein besseres Erkrankungsverständnis und eine hohe Compliance des Versicherten zu erreichen, soll der Arzt das Konzept des Shared Decision Making anwenden und sich dadurch ausreichend Zeit für die Beratung nehmen:
  - Es werden verschiedene Handlungs- bzw. Behandlungsoptionen aufgezeigt. Dabei achtet der Arzt darauf, dass die verschiedenen Optionen vollständig gezeigt, laienverständlich und nachvollziehbar vermittelt werden.
  - Dadurch soll ausreichendes Wissen über die Krankheit erlangt werden, sodass die präferierte Behandlungsoption in Abstimmung mit dem Arzt erfolgen kann.
- Um die Lebensqualität der Versicherten zu verbessern, die Funktionsfähigkeit der Gelenke zu erhalten und unnötige Eingriffe zu vermeiden bzw. hinauszuzögern, sollen durch den Hausarzt leitliniengerechte nicht medikamentöse therapeutische Ansätze wie Bewegungsübungen und Lebensstiländerungen gefördert werden. Die medikamentöse Therapie mittels analgetischer Medikation zur symptomatischen Therapie soll intensiv begleitet werden. Die in Abschnitt „IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien“ aufgeführten Möglichkeiten der digitalen Dokumentation können dabei zur Erhöhung der Therapieadhärenz genutzt werden. Eine Objektivierung und Verlaufskontrolle der Lebensqualität im Rahmen der Nachsorge kann durch den Einsatz ausführlicher Fragebögen umgesetzt werden. Anwendung finden dabei – nach Präferenz des Arztes – durch die S3-Leitlinie empfohlene, validierte Fragebögen (z.B. EuroQoL-5 Dimensionen (EQ-5D), Short Form Health Survey 12 (SF-12) o.ä.).
- Um die Ziele der Arthrotherapie zu erreichen, eine nachhaltige selbstständige Durchführung der körperlichen Trainings und ein optimales Arzneimittelmanagement zu erzielen, erstellt der Arzt einen individuellen Therapieplan, welcher die eigenständig durchzuführenden Bewegungsübungen und die medikamentöse Schmerztherapie gemäß WHO-Stufenschema berücksichtigt. So soll die Gesundheitskompetenz erhöht werden.
- Eine regelmäßige Erfassung des Krankheitsverlaufs sowie regelmäßige Überprüfung und Evaluierung des Therapieplanes und ggf. Anpassung bzw. Erstellung eines neuen Therapieplanes sollte einen Bestandteil der Folgeuntersuchungen darstellen.
- Der Versicherte erlangt durch diese Maßnahmen idealerweise gleichzeitig ein besseres Verständnis seiner Erkrankung und kann seine Symptome entsprechend besser einordnen, womit eine gemeinsame Therapieentscheidungsfindung im Sinne des Shared Decision Making erleichtert wird.
- Zudem sollen notwendige physiotherapeutische Therapien sowie, falls nötig, eine fachärztliche Mitbehandlung initiiert und koordiniert werden.

#### **IV. Gesundheits-Apps/Online-Therapien**

- Um eine ärztliche Objektivierung der Progredienz der Erkrankung sowie des Therapieerfolges zu gewährleisten, wird teilnehmenden Versicherten, nach Ermessen des Arztes die Möglichkeit geboten, eine digitale Anwendung zu nutzen.
- Die Digitale Nutzung dient der Steigerung des Selbstmanagements, Förderung der Adhärenz und der Nachhaltigkeit der eigenständigen Durchführung der Bewegungsübungen. Sie ermöglicht auch die konsequente Verlaufskontrolle. Der Arzt soll somit bei den Nachsorgeterminen in einem detaillierten Umfang den Erkrankungsverlauf des Versicherten (konsequentes, selbständiges Durchführen der Bewegungsübungen bzw. des körperlichen Trainings, regelmäßiges Einnehmen verordneter Schmerzmedikamente, o.Ä.) nachvollziehen und durch regelmäßige Rücksprachen eine erhöhte Therapieadhärenz sicherstellen. Auf diese Weise kann von ärztlicher Seite motivierend und steuernd in die Therapie eingegriffen werden.
- Dies kann mit Hilfe einer Gesundheits-App erfolgen. Der Arzt soll sich mit den Nutzungsmöglichkeiten verfügbarer Gesundheits-Apps vertraut machen. Die dem Versicherten zu empfehlende Gesundheits-App kann von dem Arzt entsprechend seiner individuellen Präferenz und Erfahrung frei gewählt werden.
- Die gewählte Gesundheits-App soll dabei folgende Aspekte abdecken:
  - Schulungen bzw. Übungsanweisungen zur Förderung des Heimtrainings und Steigerung der Gesundheitskompetenz für die selbständige Durchführung der Bewegungsübungen, idealerweise in Form verständlicher Erklärvideos
  - Möglichkeit für Monitoring und Kontrolle der Therapieerfolge, indem die Frequenz/Art der eigenständig durchgeführten Übungen sowie Veränderungen an Beschwerden mittels digitaler Tagebücher dokumentiert werden.
  - Medikationsplaner mit Erinnerungsfunktion und Dokumentation der Anwendungshäufigkeit von Schmerzmitteln
  - Edukation sowie verständliche Informationsquellen zur Erkrankung - beispielsweise in Form nützlicher Erklärvideos
- Hierzu können bspw. App „Rheuma-Auszeit“ der Deutschen Rheuma-Liga - oder einer vergleichbaren - Gesundheits-App sowie „MyTherapy“ genutzt werden.