

# Vereinbarung über einen Beitritt

der

**AOK Rheinland/Hamburg**  
Wanheimer Str. 72, 40468 Düsseldorf

*(nachfolgend **AOK Rheinland/Hamburg** genannt)*

zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von  
Begleiterkrankungen der Hypertonie  
auf der Grundlage des § 140a SGB V

zwischen

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

und

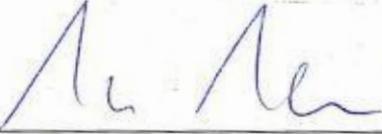
**der DAK-Gesundheit**  
Landesvertretung Hamburg  
Nagelsweg 27 - 31, 20097 Hamburg  
*(nachfolgend **DAK-G** genannt)*

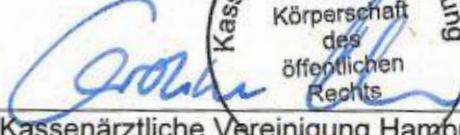
- (1) Die AOK Rheinland/Hamburg erklärt ihren Beitritt zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie mit Wirkung zum 01.01.2026.
- (2) Mit dem Beitritt erkennt die AOK Rheinland/Hamburg die sich aus dem o.g. Vertrag<sup>1</sup> einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lässt diese gegen sich gelten.
- (3) Die Formulare für die Einschreibung von Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg (Anlagen 4 Versicherteninformation, 5 Teilnahmeerklärung des Versicherten und 6 Datenschutzmerkblatt) werden für die AOK Rheinland/Hamburg ergänzt und dieser Beitrittserklärung als Anlagen beigefügt. Erforderliche Änderungen dieser Formulare werden im Einvernehmen zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KVH vereinbart und bedürfen keiner Änderung dieser Beitrittserklärung.
- (4) Die Anlage 3 (Teilnahmeerklärung des Hausarztes) wird um die AOK Rheinland/Hamburg ergänzt. Sie ist als Anlage dieser Beitrittserklärung beigefügt und ersetzt die bisherige Anlage 3.
- (5) Änderungen und Ergänzungen des o.g. Vertrages werden nach schriftlicher Bekanntgabe gegenüber der AOK Rehinland/Hamburg automatisch wirksam. Die AOK Rheinland/Hamburg kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderungen und Ergänzungen den Beitritt zum Ende des Quartals außerordentlich kündigen. Sonstige Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

## **Anlagen**

- |                     |  |
|---------------------|--|
| Anlage 1: Anlage 3  | Teilnahmeerklärung des Hausarztes                            |
| Anlage 2: Anlage 4d | Versicherteninformation der AOK Rheinland/Hamburg            |
| Anlage 3: Anlage 5d | Teilnahmeerklärung für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg |
| Anlage 4: Anlage 6d | Datenschutzmerkblatt für Versicherte der Rheinland/Hamburg   |

Düsseldorf, den 30.09.2025

  
AOK Rheinland/Hamburg  
vertreten durch den Vorstand

  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
vertreten durch den Vorstand



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

## Anlage 3

### Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

#### **Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Hamburg und der DAK-Gesundheit sowie der Techniker Krankenkasse (TK), der KKH, der BIG direkt gesund (BIG) und der AOK Rheinland/Hamburg**

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 gemäß § 3 Nr. 3 des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle.
- (3) 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.
- (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 ärztlichen Teilnehmer des Vertrages an die DAK-G, die TK, die KKH, die BIG und die AOK RH sowie der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der DAK-G, der TK, der KKH, der BIG, der AOK RH und der KV Hamburg zum Zweck der Versicherteninformation bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

**Wichtig:**

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

# Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz am Vertrag „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie“

## Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Als Folge der Hypertonie 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 Gefäßschädigung (Angiopathie) und
- der chronischen Nierenkrankheit (Nephropathie)

## Widerruf

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Rheinland/Hamburg ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK Rheinland/Hamburg. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die AOK Rheinland/Hamburg 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.

## Zeitraum der Teilnahme

Ihre Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

Möglichkeiten und Beendigung der Teilnahme: Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern die Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen gekündigt wird. Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder einer Praxisschließung vor.

## Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten

Die AOK Rheinland/Hamburg behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der AOK Rheinland/Hamburg überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt. Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner

Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

### **Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.



Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Teilnahmeerklärung****Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage des § 140a SGB V**

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

**AOK Rheinland/Hamburg, Postfach, 40666 Düsseldorf**

Ich bestätige, dass für die vorgenannte versicherte Person die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass die/der Versicherte zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der besonderen Versorgung bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T MM J J J J

Stempel der einschreibenden Stelle

Unterschrift der einschreibenden Stelle

**1. Informationen zur Durchführung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung**

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig. Wenn Sie sich zu der Teilnahme entscheiden, sind Sie bis zur Beendigung des in der Versicherteninformation dargestellten Zeitraumes an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme jährlich automatisch um 12 Monate. Sie können Ihre Teilnahme jedoch mit Wirkung zum Quartalsende bei Ihrer Krankenkasse kündigen. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich.

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall ärztliche Hilfe oder einen Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

Sollten Sie entgegen den vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer für vertragsgegenständliche Leistungen in Anspruch nehmen oder sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

Ihre Teilnahme ist zudem ausgeschlossen, wenn Sie bereits wegen der gleichen Indikation an einem anderen Vertrag zur besonderen Versorgung oder Modellvorhaben bzw. Innovationsfondsprojekt der Krankenkasse teilnehmen, die die gleiche Zielsetzung und die gleichen Leistungen enthalten.

**2. Teilnahmeerklärung**

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebots informiert wurde, mir die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ meiner Krankenkasse zu diesem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich auch den dortigen Inhalt und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung einverstanden bin.
- ich insbesondere weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- ich meinen behandelnden Leistungserbringer über einen Kassenwechsel informieren werde.

**Widerrufsbelehrung**

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

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

**3. Einwilligungsvereinbarung zur Datenverarbeitung**

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeitende zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.
- ich weiß, dass ich unabhängig von der Widerräumlichkeit entsprechend Punkt 2 meine Teilnahme zum Quartalsende oder fristlos aus wichtigem Grund kündigen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung nach Ablauf der gesetzlichen Fristen gelöscht werden.
- ich weiß, dass die in der „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ beschriebene Datenverarbeitung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung freiwillig ist und ich diese jederzeit bei meiner Krankenkasse widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer sofortigen Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung führt.

Ja, ich habe die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeitende zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdata, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihr Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) zwischen den Abrechnungsstellen ausgetauscht werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Bei den Abrechnungsstellen handelt es sich ggfs. um beteiligte Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Leistungserbringer sowie externe Abrechnungsstellen. Selbstverständlich sind auch externe Abrechnungsstellen (gemäß DSGVO und BDSG) zur Verschwiegenheit und zur Zweckbindung der Datenverwendung sowie zum Datenschutz und zu Datensicherheitsmaßnahmen verpflichtet.

Ja, mir ist bekannt, dass eine wissenschaftliche Auswertung/Datenauswertung durchgeführt wird und ich bin damit einverstanden.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift der teilnehmenden Person bzw. der gesetzlichen Vertretung

Soweit in dieser Teilnahmeerklärung die männliche Form verwendet wird, geschieht dies zur textlichen Vereinfachung und bezieht alle Geschlechter mit ein.

## Datenschutz

### **Welche Daten werden von Ihnen benötigt?**

Die Kooperation zwischen Ihrer Krankenkasse und den weiteren Vertragspartnern, z. B. Ärztinnen, Ärzten und Krankenhäusern, ermöglicht eine Abstimmung der einzelnen Behandlungsprozesse, um einen reibungslosen Ablauf und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu garantieren. Hierfür ist die nachfolgend beschriebene Datenverarbeitung erforderlich und eine Voraussetzung für Ihre Teilnahme. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften – insbesondere die Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und die des Sozialgesetzbuchs (SGB) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeitende Zugriff auf Ihre Daten.

#### **1. Daten bei unseren Vertragspartnern**

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (bspw. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihren behandelnden Leistungserbringern hinterlegt sind, werden (abgesehen von der datenschutzkonformen Abrechnung) nur von den Vertragspartnern und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die von den Vertragspartnern gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Bei Fragen zu dieser Datenverarbeitung wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Leistungserbringer.

Es ist vorgesehen, dass die erhobenen Daten in anonymisierter/pseudonymisierter Form, d. h. ohne, dass ein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist, zu Zwecken der wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung zur Verbesserung der Versorgungssituation der gesetzlich Krankenversicherten durch die Vertragspartner oder durch von diesen beauftragte und strikt dem Datenschutz unterworfen Sachverständige verwendet werden.

Zur Überprüfung der Ergebnisse der Behandlung wird die im Rahmen der besonderen Versorgung eingesetzte Dokumentation von Ihren behandelnden Leistungserbringern an Ihre Krankenkasse übermittelt und ausgewertet. Ebenfalls erhält Ihre Krankenkasse die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Daten. Eine datenschutzkonforme Abrechnung wird sichergestellt. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß §§ 295, 295a, 301 und 302 SGB V über die beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. deren externe Abrechnungsstelle oder direkt zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse bzw. über externe Abrechnungsstellen der Leistungserbringer. Sofern die Abrechnung durch eine externe Abrechnungsstelle erfolgt, wird das Nähere zur Durchführung der Abrechnung, der Zweckbindung der Datenverwendung, zur Verschwiegenheit und zu Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen in einem besonderen Vertrag zwischen den Leistungserbringern und der externen Abrechnungsstelle geregelt.

#### **2. Daten bei Ihrer Krankenkasse**

Ihre Krankenkasse und die Vertragspartner möchten Ihnen mit diesem Angebot eine besondere Versorgung zukommen lassen. Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt Ihre Krankenkasse Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten mit Diagnosen, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Diagnosen und Kosten, Dauer und Kosten der Häuslichen Krankenpflege, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten). Darüber hinaus werden die von Ihrer Krankenkasse im Falle einer Teilnahme am Programm für chronisch Erkrankte [Disease-Management-Programm (DMP)] gespeicherten Daten ebenfalls zur Überprüfung der Versorgungsqualität genutzt.

Die Daten bei Ihrer Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verb. mit § 140a SGB V erhoben und gespeichert und im Rahmen weiterer gesetzlicher Aufgaben, wie z. B. der Abrechnungsprüfung genutzt. Ihre Krankenkasse ist für diese Datenverarbeitung verantwortlich. Empfangsberechtigt können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleistende sein. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht. Sie haben folgende Rechte:

- das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- das Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- das Recht, Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit, der aufgrund Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben, haben Sie das Recht, Ihre Beschwerde bei der/dem Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf, [poststelle@ldi.nrw.de](mailto:poststelle@ldi.nrw.de), der datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde der AOK Rheinland/Hamburg, einzureichen. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse oder deren für den Datenschutz beauftragte Person: AOK Rheinland/Hamburg, 40466 Düsseldorf, [datenschutz@rh.aok.de](mailto:datenschutz@rh.aok.de).

#### **3. Wissenschaftliche Begleitung/Auswertung durch Sachverständige**

Im Falle einer wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung werden die Daten aus der Dokumentation sowie die gefilterten Leistungs-, Abrechnungsdaten und DMP-Daten Ihrer Krankenkasse von Sachverständigen ausgewertet. Hierzu werden die Daten für den Zeitraum von einem Jahr vor der Einschreibung bis zu max. fünf Jahren nach Beendigung der Teilnahme genutzt.

Um den Datenschutz sicherzustellen, wird vor dieser Begleitung/Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören. Die Daten werden pseudonymisiert oder wenn möglich anonymisiert. Die wissenschaftliche Begleitung/Auswertung überprüft, ob und wie die besondere Versorgung von den beteiligten Leistungserbringern und Patientinnen und Patienten angenommen wird und ob und wie die besondere Versorgung sich auf die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.