

## Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Die HEK-Hanseatische Krankenkasse (HEK) hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland einen Vertrag zur Durchführung der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V über Frühzeitige Diagnostik & Behandlung von Begleiterkrankungen Diabetes mellitus/Hypertonie geschlossen.

### 1. Informationen zum Behandlungsangebot und zur Teilnahme

#### Allgemeine Ziele und Inhalte des Vertrages

Als Folge des Diabetes mellitus und 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 frühzeitigen Behandlung von:

#### **Nervenschädigung (diabetische Neuropathie):**

Ihr Arzt wird durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität sowie Schweißsekretion erkenne.

#### **Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS):**

Ein Tagebuch, das Sie für 48 Stunden führen, kann Ihrem Arzt erste Hinweise auf eine entstehende Harnblasenstörung geben.

#### **Gefäßschädigungen (Angiopathie):**

Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

#### **Verfettung der Leber (Diabetesleber):**

Laboruntersuchungen und ein Ultraschall der Leber geben Auskunft über den Zustand des Organs. Die Verfettung ist der erste Schritt eines Schädigungsprozesses

#### **Nierenschäden (Nephropathie):**

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach Hinweisen sucht.

#### So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie an der „Besonderen Versorgung“ teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Falls Sie das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einwilligung Ihres Erziehungsberechtigten/gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Wir möchten Sie vor Ihrer Entscheidung zur Teilnahme und vor Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung ausführlich über die Vertragsinhalte und die Datenverarbeitung informieren. Bitte lesen Sie diese Versicherteninformation sorgfältig durch.

Bitte beachten Sie, dass nach Ihrer Erklärung zur Teilnahme ein Behandlungsvertrag, im Rahmen der „Besonderen Versorgung“, lediglich zwischen Ihnen und den am Vertrag teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten\* zustande kommt.

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

Ihre Teilnahme beginnt mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Die Teilnahme können Sie nach Ablauf der 12 Monate mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende kündigen. Nach Ablauf der Widerrufsfrist können Sie Ihre Teilnahme außerordentlich in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der HEK kündigen, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

Die Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ endet ebenfalls

- mit der Beendigung des Vertrages,
- mit dem Ende der Versicherung bei der HEK,
- bei einem Wechsel zu einer anderen Krankenkasse,
- bei fehlender Mitwirkung oder mit Abschluss der Behandlung,
- mit Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung.

### 2. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

#### Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung (Erklärung) wird von Ihrem gewählten Arzt an die HEK gesandt. Durch Unterzeichnung der Erklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärzten in Anspruch zu nehmen, die an der „Besonderen Versorgung“ teilnehmen. Bei der Inanspruchnahme anderer Ärzte kann die HEK Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärzten im Notfall. Sie haben nur Anspruch auf Behandlung in der „Besonderen Versorgung“, wenn Sie bei der HEK versichert sind. Mit der Teilnahme sind Sie zur Mitwirkung (beispielsweise medikamentöse Therapie) verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung kann die HEK die Beendigung der Teilnahme entscheiden.

## Teilnahmeerklärung und Versicherteninformation

### Abrechnung

Damit der von Ihnen gewählte Arzt eine Leistungsvergütung erhält, muss die Arztpraxis eine Abrechnung erstellen. Ihre medizinischen personenbezogenen Behandlungsdaten werden gemäß § 295 Abs. 1 SGB V auf elektronischem Weg verschlüsselt über die Kassenärztliche Vereinigung Saarland an die HEK übermittelt. Dort werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft. Auf Grundlage dessen zahlt die HEK die Vergütung an Ihren Arzt.

Folgende Versicherten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

- Vorname und Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse;
- Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit der Gesundheitskarte, Kassenkennzeichen;
- Teilnahmedaten, Behandlungszeitraum, Behandlungsart, Diagnosen nach ICD 10 für jeden Behandlungstag mit Angabe des Datums, Unfallkennzeichen;
- Gebührenposition mit Betrag, Zuzahlungsbetrag, Zuzahlungskennzeichen, Rechnungsbetrag.

Die teilnehmenden Ärzte gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für die HEK gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches (§ 35 SGB I und § 67 ff. SGB X) bzw. der Datenschutzgrundverordnung zur Wahrung des besonderen Datenschutzes von Sozialdaten.

### Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei Ihrer Krankenkasse

Bei Ihrer HEK werden die Daten gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen nach § 284 SGB V in Verbindung mit § 140a Abs. 5 SGB V erhoben, verarbeitet und zur Abrechnung der Leistungen genutzt. Sie erklären sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Auswertung in anonymisierter Form verwendet werden. Dabei ist gewährleistet, dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person vorgenommen werden. Der Schutz Ihrer Daten wird insbesondere dadurch gewährleistet, dass nur Mitarbeiter, die auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zur Wahrung des Sozial- und Datengeheimnisses schriftlich verpflichtet wurden, Zugang haben.

Ihre Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende. Die Aktenvernichtung wird von der Firma REISSWOLF International AG durchgeführt. Die Firma Rhenus Data Office GmbH archiviert und vernichtet ebenfalls für die HEK Akten. Die elektronische Datenverarbeitung (Hard- und Software) entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung von Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

### Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X).
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X).
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

### Kontaktangaben der HEK

Bei Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung oder bei einem Widerruf wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.

<b>Verantwortliche Stelle der HEK</b> HEK-Hanseatische Krankenkasse Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg E-Mail: <a href="mailto:kontakt@hek.de">kontakt@hek.de</a>	<b>Datenschutzbeauftragter der HEK</b> HEK-Hanseatische Krankenkasse Datenschutzbeauftragter Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@hek.de">datenschutz@hek.de</a>
--	--

### Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO in Verbindung mit § 81 SGB X besteht für Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Beschwerden richten Sie an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) in der Graurheindorfer Straße 153 in 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) oder [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de).

\*Soweit in diesem Dokument personenbezogene Bezeichnungen im Maskulinum stehen, wird diese Form verallgemeinernd zur besseren Übersichtlichkeit/Lesbarkeit des Textes verwendet und bezieht sich auf alle Geschlechter.

**Teilnahmeerklärung und  
Einverständnis zur Datenverarbeitung**

**Bitte per Fax senden an 040 65696-1201**

— ↑ Versicherteninformation drucken! ↑ —  
(keine Aufkleber!)

**Bitte ankreuzen, falls zutreffend:**

**Ja**, ich bin in der Personalkasse/ Mitarbeiterkasse meiner Krankenkasse versichert.

**Vertrag nach § 140a SGB V zwischen der HEK-Hanseatischen Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland über Frühzeitige Diagnostik & Behandlung von Begleiterkrankungen Diabetes mellitus/Hypertonie**

**1. Teilnahmeerklärung für die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V**

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem oben genannten Vertrag teilnehmen werde und ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde. Mir wurden eine Kopie dieser Erklärung und die Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz ausgehändigt. Mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser „Besonderen Versorgung“ bin ich einverstanden. Die Teilnahme ist freiwillig und mir entstehen dadurch keine Nachteile.

Meine Teilnahme an der „Besonderen Versorgung“ beginnt mit der Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung. 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. Ich bin damit einverstanden, dass sämtliche Leistungen der Vereinbarung durch Ärztinnen und Ärzte erbracht werden, die an dieser „Besonderen Versorgung“ teilnehmen. Bei Inanspruchnahme eines nicht teilnehmenden Arztes/teilnehmenden Ärztin oder bei fehlender Mitwirkung im Rahmen dieses Versorgungsangebotes kann ich von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen werden.

**Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:**

Meine Erklärung zur Teilnahme am oben genannten Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der HEK ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK (vgl. Kontaktdaten Versicherteninformation). Durch den Widerruf wird die Teilnahme beendet. Leistungen aus dieser „Besonderen Versorgung“ können nicht mehr in Anspruch genommen werden, aber für die weitere Behandlung meiner Erkrankung kann ich die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) außerhalb dieser „Besonderen Versorgung“ beanspruchen.

**2. Einverständnis zur Datenverarbeitung nach § 140a SGB V**

Durch die Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz wurde ich über die Verarbeitung meiner Daten aufgeklärt und habe diese zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsangebot einverstanden, sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

**Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen:**

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. 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 Vertrag teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) außerhalb dieser „Besonderen Versorgung“ beanspruchen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine **Teilnahme** (1) und mein **Einverständnis zur Datenverarbeitung** (2).

<p>Ich bestätige die Einschreibung des Patienten in den Vertrag Frühzeitige Diagnostik &amp; Behandlung von Begleiterkrankungen Diabetes mellitus/Hypertonie</p> <p>_____</p> <p>Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes</p>	<p>Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/-verarbeitung des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters</p> <p>_____</p> <p>Datum, Unterschrift <b>des Versicherten /gesetzlichen Vertreters</b></p>
--	---

Öä#äö