

## **4. Nachtrag zum Vertrag**

### **über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage von § 140a SGB V**

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. 2 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 6, sie ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.“

2. Die Anlage 6 „Teilnahmeerklärung der Versicherten“ wird gegen die diesem Nachtrag beifügte Anlage 6 ausgetauscht.

3. Die Anlage 7 „Versicherteninformation“ wird gegen die diesem Nachtrag beifügte Anlage 7 ausgetauscht.

4. Die Anlage 8 „Datenschutzmerkblatt“ wird gegen die diesem Nachtrag beifügte Anlage 8 ausgetauscht.

5. Dieser 4. Nachtrag tritt zum 01.01.2025 in Kraft.

Hamburg, den 20.12.2024

---

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



### Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Vertrags-Nr.:  
**121022DA025**



Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

DAK-Gesundheit, Fachzentrum Ambulante Abrechnungen, Balingen Str. 80,  
72336 Balingen. Fax. Nr. 07433 96729-7004, E-Mail: igv@dak.de

## 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 kündigt. 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 \_\_\_\_\_



Vertrags-Nr.:

**121022DA025**

## **Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus**

### **Versicherteninformation**

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“ teilzunehmen. Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser besonderen 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 von:

- Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie)
- Beschwerden des unteren Hamtraktes (LUTS)
- Gefäßschädigungen (Angiopathie)
- Verfettung der Leber (Diabetesleber)
- Nierenschäden (Nephropathie).

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

Um Sie im Rahmen dieser besonderen Versorgung individuell begleiten und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass Sie für die Behandlung Ihrer Erkrankung nur die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich nicht an diese Vorgabe halten. In Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes liegt kein pflichtwidriges Verhalten vor.

Welche Leistungserbringer an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der DAK-Gesundheit unter [www.dak.de/121022DA025](http://www.dak.de/121022DA025) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem DAK-Servicezentrum anfordern.

#### **Widerruf**

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

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von 12 Monaten 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 DAK-Gesundheit behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht der Ärztin/des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.



Vertrags-Nr.:

121022DA025

## Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

### Datenschutzmerkblatt

Um Sie im Rahmen der besonderen Versorgung optimal medizinisch betreuen und versorgen zu können, ist es erforderlich, dass die Ihre Person betreffenden medizinischen, personenbezogenen Daten (Kontaktdaten, Diagnose, Versicherungsnummer sowie Verlauf und Prognose Ihrer Erkrankung) zum Zwecke der Abrechnung, der gemeinsamen Dokumentation, Information zu Ihrer Einschreibung sowie Qualitätssicherung zwischen allen an dieser besonderen Versorgung Beteiligten (teilnehmende Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und Ihre Krankenkasse) untereinander übermittelt, verarbeitet und genutzt werden können. Dafür brauchen wir Ihre Erlaubnis. Sofern Sie uns diese Erlaubnis nicht erteilen, können Sie nicht an dieser besonderen Versorgung teilnehmen. Selbstverständlich haben Sie weiterhin Anspruch auf alle Leistungen der Regelversorgung. Sie profitieren in diesem Fall allerdings nicht von den zusätzlichen Angeboten im Rahmen des Vertrages „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“.

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die teilnehmenden Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg und die DAK-Gesundheit, soweit die Informationen nach Maßgabe des § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V für die Sicherstellung der erfolgreichen Durchführung der Vereinbarung über die besondere Versorgung und des Behandlungserfolgs erforderlich sind, einverstanden. Die Datenverarbeitung erfolgt unter strenger Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz (Vorschriften der Datenschutz-Grundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher) und der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Daten bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen sowie Auskunft zu erhalten. Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Dies hat jedoch zur Folge, dass Sie nicht mehr an dieser besonderen Versorgung teilnehmen können. Aufgrund Ihrer vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf nicht berührt.

#### 1. Übermittlung von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern/Leistungserbringern benötigt die DAK-Gesundheit die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, welche der teilnehmende behandelnde Arzt von Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer erhebt und gemäß § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V an die DAK-Gesundheit weiterleitet.

#### 2. Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation Ihrer medizinischen Daten

Ihre mit der Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) werden von den beteiligten Leistungserbringern gemeinsam dokumentiert. Ihre Daten können aus der Dokumentation abgerufen und genutzt werden, soweit es für Ihre konkret anstehende Behandlung im Rahmen dieser besonderen Versorgung erforderlich ist. Die von Ihrem Behandler im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Behandlers. Die DAK-Gesundheit hat keinen Zugriff auf die gemeinsame Dokumentation Ihrer medizinischen Daten.

#### 3. Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung

Ihre für die Abrechnung Ihrer Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versicherungsnummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen sowie Diagnosen) werden von Ihrem teilnehmenden behandelnden Arzt nach § 295 Abs. 1b SGB V in elektronischer Form an die Annahme- und Abrechnungsstelle (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg) übersandt. 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 (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg) die korrekte Abrechnung und leitet diese an die DAK-Gesundheit weiter.

#### **4. Speicherung und Löschung der Daten**

Die DAK-Gesundheit behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung, -löschung sowie -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften werden eingehalten. Es werden nur Daten gespeichert, die für die Erfüllung im Rahmen der besonderen Versorgung erforderlich sind. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht dem Datenschutz und den datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Je nach Verarbeitungszweck gibt es für die Sozialdaten unterschiedliche Aufbewahrungsfristen, die in den §§ 110a SGB IV, 304 SGB V, 107 SGB XI und in den Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) geregelt sind. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden Daten gelöscht. Die Löschung erfolgt regelmäßig nach 6 Jahren, wenn die Daten für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden. Eine endgültige Löschung dieser erfolgt daher erst nach Ablauf der 10 Jahre.

#### **5. Ansprechpartner und Verantwortliche für die Datenverarbeitung**

##### **DAK-Gesundheit**

##### **Identität des Verantwortlichen**

DAK-Gesundheit Krankenkasse  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg  
Telefon: 040 23648550, E-Mail: [service@dak.de](mailto:service@dak.de)

##### **Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Datenschutzbeauftragter der DAK-Gesundheit  
Nagelsweg 27-31, 20097 Hamburg  
[datenschutz@dak.de](mailto:datenschutz@dak.de)

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.dak.de/datenschutz](http://www.dak.de/datenschutz)

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde bei dem

Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)  
Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn  
[poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)  
[poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de)