

Vertragskennzeichen:  
121012KK002

**„Besondere Versorgung (BesV)“**  
Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung  
von Begleiterkrankungen der Hypertonie

## Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

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

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

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

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

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

\*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.

## 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.

Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der KKH unter [www.kkh.de/frueherkennung-hypertonie](http://www.kkh.de/frueherkennung-hypertonie) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern.

## Widerruf

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Das reguläre Behandlungsende sowie die Fristen zur Beendigung Ihrer Teilnahme sind wie folgt geregelt:

Ihre Teilnahme an dieser besonderen 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.

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.

Bitte senden Sie Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch in Textform über eine der unten genannten Möglichkeiten an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH Servicestelle.

(Postalisch an KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover, per Fax an die 0511 80 684 684 oder per E-Mail an [BesV@kkh.de](mailto:BesV@kkh.de))

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, falls Sie sich nicht an diese Bindung halten. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringer\*n, 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.

## **Möglichkeiten zur 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 Sie Ihre Teilnahme nicht mit einer Frist von vier Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift kündigen.

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, einer Praxisschließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes 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. Den Umgang mit Ihren Daten nehmen wir sehr ernst, daher haben wir alle Informationen zum Thema Datenschutz im Datenschutzmerkblatt für Sie näher erläutert.

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.

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

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung  
von Begleiterkrankungen der Hypertonie

**Vertragskennzeichen:**

**121012KK002**

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**

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

### 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 nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. 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.**

Stand: 07/2019

\*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 6 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 (Kontaktaten 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.**

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

### Vom einschreibenden Arzt auszufüllen

LANR / BSNR

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 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

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

## **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\* 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 Information zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an die KKH. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert. Die KKH tauscht sich mit dem Leistungserbringer\* über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

\*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 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 Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6, Bad Segeberg.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben gemäß EU-DSGVO jederzeit das Recht, die Daten über sich 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 6 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 der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Husarenstr. 30, 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.