

Vereinbarung über den Beitritt

der

der Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein
(*nachfolgend **TK** genannt*)



zum Vertrag

**über die frühzeitige Diagnostik und
Behandlung von Begleiterkrankungen des
Diabetes mellitus auf der Grundlage des
§ 73c SGB V**

zwischen

Kassenärztlicher Vereinigung Schleswig-Holstein
(*nachfolgend **KVSH** genannt*)

und

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Schleswig-Holstein
(*nachfolgend **DAK** genannt*)

- mit Beitritt der KKH vom 01.10.2017 -

- (1) Die TK erklärt ihren Beitritt zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus mit Wirkung zum 1.1.2019.
- (2) Mit dem Beitritt erkennt die TK die sich aus dem o.g. Vertrag einschließlich der Anlagen ergebenden Rechte und Pflichten an und lässt diese gegen sich gelten.
- (3) Die Anlagen 6a (Versicherteninformation), 6b (Datenschutzmerkblatt) und 7 (Teilnahmeerklärung des Versicherten) des o.g. Vertrages werden für die TK Versicherten ergänzt. Erforderliche Änderungen dieser Formulare werden im Einvernehmen zwischen der TK und der KVSH vereinbart und bedürfen keiner Änderung dieser Beitrittserklärung.
- (4) Die Anlage 8 (Teilnahmeerklärung des Arztes) wird im Zuge des Beitritts um die TK ergänzt, als dass sie nunmehr für die DAK-G, KKH und TK gilt.
- (5) Änderungen und Ergänzungen des o.g. Vertrages werden nach schriftlicher Bekanntgabe gegenüber der TK automatisch wirksam. Bei wesentlichen Änderungen des Vertrages kann die TK innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe den Beitritt zum Ende des Quartals außerordentlich kündigen. Sonstige Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

Anlagen:

- Anlage 6a – Versicherteninformation
- Anlage 6b – Datenschutzmerkblatt
- Anlage 7 – Teilnahmeerklärung des Versicherten
- Anlage 8 – Teilnahmeerklärung Arzt

Kiel / Bad Segeberg / Hamburg, 20. Dezember 2018

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein

.....
Dr. Monika Schliffke



Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein
Hopfenstr. 2c, 1. OG.
24114 Kiel

.....
Dr. Johann Brunkhorst

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Schleswig-Holstein

.....
Cord-Eric Lubinski

Techniker Krankenkasse
Unternehmenszentrale

.....
Daniel Cardinal

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Bitte per Post senden an:

Techniker Krankenkasse
Stichwort "Besondere Versorgung"
85820 München



301004

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

| | | |
|--|------------------|--------|
| 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.

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 und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Für den zu versorgenden Behandlungsfall bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot wird das Behandlungsangebot näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung" und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten

Ich bin mit der umseitig im Abschnitt "Umgang mit Ihren Daten" beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. 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).

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personen- und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an folgende - je nach meiner Einschreibung bzw. Behandlung - mit der Abrechnung beauftragte/- n Einrichtung/-en übermitteln:

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg.

Widerrufsmöglichkeiten

Ich kann meine Teilnahme beenden, indem ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München; oder E-Mail an service@tk.de; oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufe. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die Techniker Krankenkasse absende.

Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, kann ich meine Teilnahme unabhängig davon jederzeit in Textform beenden.

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen - schriftlich (vgl. oben genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. oben 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



Informationen zur Teilnahme

Hochwertige Behandlung und Extraservices

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der "Besonderen Versorgung" interessieren. Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen. Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die Techniker Krankenkasse absenden.

Bindungsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende (vgl. Konkretisierung im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot) an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt 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 z. B. Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode nicht mehr vorhanden, Ihr Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist oder Sie Ihren Leistungserbringer aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen können. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zuzusenden.

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 Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Informationen zum Datenschutz

Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

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. Die Teilnahmeerklärung informiert Sie darüber, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

Umgang mit Ihren Daten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der Techniker Krankenkasse regelmäßig sechs Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf www.tk.de - bitte geben Sie zum Öffnen der Seite den Webcode 2019572 in das Suchfeld ein. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: datenschutz@tk.de.

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, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.

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

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer 0800 - 285 85 85.

Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie in Ihrer Arztpraxis und auf www.tk.de.



Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

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.

Details zur Behandlung

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der folgenden Begleiterkrankungen:

Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie):

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

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 dieses Organes.

Nierenschäden (Nephropathie):

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

So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag teilnehmenden Praxis unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück.

Bindungsfrist

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte, Kliniken und Therapieeinrichtungen für 12 Monate gebunden. Danach können Sie Ihre Teilnahme jederzeit mit einer Frist von vier Wochen kündigen.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

Fragen zum Behandlungsangebot

Unsere Spezialistinnen und Spezialisten vom TK-Patientenservice beraten Sie gern:

Telefon: 040 - 46 06 62 01 70

Servicezeiten: Montag - Donnerstag 8 - 18 Uhr und Freitag 8 - 16 Uhr

Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
Telefon: 04551/883-685
Fax: 04551/883-7685
E-Mail: renete.krupp@kvsh.de

Antrag

zu dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf Grundlage §73c SGB V zwischen der KV Schleswig-Holstein und der DAK Gesundheit, der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH und der Techniker Krankenkasse

Ich beantrage hiermit die Teilnahme am oben genannten Vertrag

und mache dazu folgende Angaben:

Name: _____

Facharzt für: _____ LANR: _____

Hauptbetriebsstätte BSNR: _____

Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Vertragsärztliche Tätigkeit ja nein

Vorgesehen ab _____ bzw. tätig seit _____

als (Fachrichtung) _____

Zulassung im Rahmen der Anstellung ja nein

Vorgesehen ab _____ bzw. tätig seit _____

als (Fachrichtung) _____

Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums bzw. vom anstellenden Arzt zu stellen.

Zugangs- und Qualitätsvoraussetzungen

Fachliche Voraussetzungen

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Praktische/r Arzt/Ärztin | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Hausärztlich tätiger Internist | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Fachärztlich tätiger Internist mit einer Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Ich betreue durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Allgemeine Voraussetzungen

Ich habe die Inhalte des Vertrags über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage §73c SGB V zur Kenntnis genommen, erfülle die Voraussetzungen und verpflichte mich diese entsprechend umzusetzen.

ja nein

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungserbringerverzeichnis,
 - der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner,
- ja nein
- der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der KVSH.
- ja nein

Ort, Datum

Praxisstempel und Unterschrift

**gilt nur bei angestellten Ärzten
im MVZ bzw. in einer Praxis:**

Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ
bzw. anstellenden Arztes der Praxis

bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift ausführender, angestellter Arzt