

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an:  
HEK - Hanseatische Krankenkasse, Abrechnungszentrum,  
Wandsbeker Zollstraße 86-90, 22041 Hamburg

**Bitte ankreuzen, falls zutreffend:**

Ja, ich bin in der Personalkasse/Mitarbeiterkasse meiner Krankenkasse (z. B. als MitarbeiterIn) versichert.

**Vertrag VorsorgePlus der HEK mit der KV Berlin - Besser leben mit chronischer Erkrankung in Berlin**

**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 wurde eine Kopie dieser Erklärung und die „Patienteninformation 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 Monaten 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 Leistungserbringer erbracht werden, die an diesem Modell der besonderen Versorgung teilnehmen.

**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 - Hanseatische Krankenkasse (Wandsbeker Zollstraße 86 – 90, 22041 Hamburg) ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die HEK mir diese Belehrung (Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung), über das Widerrufsrecht mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Durch den Widerruf der Teilnahme wird die Teilnahme beendet. Leistungen aus dieser besonderen Versorgung können nicht mehr in Anspruch genommen werden.

1

.....  
Ort, Datum Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

**2. Datenfreigabeerklärung für die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V**

Durch die „Patienteninformation 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 Programm einverstanden, sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ich habe jederzeit das Recht der Verarbeitung meiner Daten gegenüber der HEK mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen, was mit einer Beendigung der Versorgung einhergeht. Einer Angabe von Gründen bedarf es hierbei nicht. Die Verarbeitung der Daten bleibt bis zum Widerruf rechtmäßig. Mir ist bekannt, dass ich ohne die Erteilung meiner Einwilligung zur Datenfreigabeerklärung nicht am Versorgungsprogramm teilnehmen kann.

.....  
Ort, Datum Unterschrift Versicherter/gesetzl. Vertreter

.....  
Ort, Datum Unterschrift Arzt / Stempel der Praxis

## Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Die HEK-Hanseatische Krankenkasse (HEK) hat einen Vertrag zur Durchführung der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V mit der KV Berlin über die besondere Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (**VorsorgePlus**) geschlossen. Bei teilnehmenden Patienten, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist die Einwilligung des Erziehungsberechtigten erforderlich.

Die gesetzlichen Regelungen (§ 295a Abs. 1 S. 2 SGB V) sehen vor, dass alle Patienten, die an den Verträgen zur besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) teilnehmen, genau über die Vertragsinhalte und die Datenverarbeitung informiert werden. Bitte lesen Sie diese Patienteninformation sorgfältig durch.

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Ein Behandlungsvertrag im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung kommt lediglich zwischen Ihnen und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten bzw. Leistungserbringern zu Stande.

### **1. Allgemeine Ziele und Inhalte des Vertrages:**

Werden Begleiterkrankungen und Folge-Erscheinungen frühzeitig erkannt und behandelt, kann das Fortschreiten einer chronischen Erkrankung häufig verhindert oder verlangsamt werden. In unserem Angebot VorsorgePlus macht sich Ihr Arzt oder Ihre Ärztin ein Bild über Ihren aktuellen Gesundheitszustand und eventuelle behandlungsbedürftige Befunde. Für die Planung einer individuellen Therapie tauschen Sie sich mit Ihrem Arzt über die verschiedenen Behandlungsoptionen und Ihre Lebenssituation aus. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt kann so gemeinsam mit Ihnen die am besten geeigneten Maßnahmen festlegen, um Ihnen das Leben mit Ihrer Erkrankung zu erleichtern. Dabei können möglicherweise auch digitale Helfer wie Trainings- oder Tagebuch-Apps eingesetzt werden. Über einen Zeitraum von zwei Jahren ist in jedem Quartal eine Nachuntersuchung vorgesehen.

#### **a. Außerordentliche Kündigung**

Die Teilnahme an dem Vertrag kann nach Ablauf der Widerrufsfrist außerordentlich in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der HEK gekündigt werden, wenn besondere Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) gegen die Fortsetzung einer Teilnahme sprechen.

2

#### **Die Teilnahme an der besonderen Versorgung endet ebenfalls**

- mit der Beendigung des Vertrages.
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der HEK.
- bei einem Krankenkassenwechsel zu einer nicht am Vertrag beteiligten Krankenkasse.
- bei fehlender Mitwirkung
- mit Abschluss der Behandlung

### **2. Allgemeine Informationen zum Datenschutz**

#### **a. Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung**

Ihre unterschriebene Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung wird durch den von Ihnen gewählten Arzt/Leistungserbringer an die KV Berlin gesandt und verbleibt dort. Durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärzten bzw. Leistungserbringern in Anspruch zu nehmen, die an der besonderen Versorgung teilnehmen. Bei der Inanspruchnahme von anderen Leistungserbringern, 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.

## **b. Abrechnung**

Damit der von Ihnen gewählte Arzt/Leistungserbringer eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Ihr Arzt/Leistungserbringer hat gemäß § 295a SGB V zur Abrechnung die Kassenärztliche Vereinigung Berlin beauftragt. Ihre medizinischen personenbezogenen Behandlungsdaten werden verschlüsselt gem. § 295 Abs. 1 SGB V auf elektronischem Weg über die Kassenärztliche Vereinigung Berlin an HEK übermittelt. Dort werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft. Auf Grundlage dessen zahlt die HEK die Vergütung an den Leistungserbringer.

Folgende Patienten- 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

Weitere und allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der HEK finden Sie unter:

<https://www.hek.de/datenschutz/>

Die beteiligten Leistungserbringer 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.

## **c. Verarbeitung der Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der HEK**

Bei der HEK werden Ihre Daten gemäß datenschutzrechtlicher Bestimmungen nach § 284 SGB V in Verb. 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)

### 3. Information

Bei Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung wenden Sie sich an unser Team-Direkt, Tel.: 0800 0213213 (kostenfrei) oder an den Datenschutzbeauftragten der HEK.

#### **Verantwortliche Stelle**

HEK-Hanseatische Krankenkasse  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
E-Mail: [kontakt@hek.de](mailto:kontakt@hek.de)

#### **Datenschutzbeauftragter der HEK**

HEK-Hanseatische Krankenkasse  
Datenschutzbeauftragter  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
E-Mail: [datenschutz@hek.de](mailto:datenschutz@hek.de)

#### **Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Nach Art. 77 DS-GVO in Verb. 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).