

## Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Ihre Krankenkasse hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein einen Vertrag zur Durchführung der „Besonderen Versorgung“ nach § 140a SGB V über die besondere Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen (**VorsorgePlus**) geschlossen.

### 1. Informationen zur Teilnahme und zum Behandlungsangebot

#### So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie an der „Besondere 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 Teilnahmeerklärung ein Behandlungsvertrag im Rahmen der Teilnahme an dieser 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. Ihre 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 Ihrer Krankenkasse 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 Krankenkasse,
- bei einem Krankenkassenwechsel zu einer nicht am Vertrag beteiligten Krankenkasse,
- bei fehlender Mitwirkung oder mit Abschluss der Behandlung.

#### 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 oder Ihrer Ärztin 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.

### 2. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

#### Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung (Erklärung) wird von Ihrem gewählten Arzt oder Ihrer gewählten Ärztin an die KV Nordrhein gesandt und verbleibt dort. Diese kann jedoch bei Bedarf von Ihrer Krankenkasse angefordert werden. Durch Unterzeichnung der Erklärung verpflichten Sie sich, Leistungen aus dem Vertrag nur von Ärztinnen und Ärzten in Anspruch zu nehmen, die an der besonderen Versorgung teilnehmen. Bei der Inanspruchnahme anderer Ärztinnen und Ärzte kann Ihre Krankenkasse Ihnen die Kosten privat in Rechnung stellen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von ärztlichen Notfalldiensten oder Ärztinnen bzw. Ärzten im Notfall. Sie haben nur Anspruch auf Behandlung in der besonderen Versorgung, wenn Sie bei einer der am Vertrag beteiligten Krankenkassen versichert sind. Mit der Teilnahme sind Sie zur Mitwirkung (beispielsweise medikamentöse Therapie) verpflichtet. Bei fehlender Mitwirkung kann Ihre Krankenkasse die Beendigung der Teilnahme entscheiden.

#### Abrechnung

Damit der/die von Ihnen gewählte Arzt oder Ärztin eine Leistungsvergütung erhält, muss die Arztpraxis eine Abrechnung erstellen. Ihr Arzt oder Ihre Ärztin hat die KV Nordrhein mit der Abrechnung gem. § 295a SGB V beauftragt. Ihre medizinischen personenbezogenen Behandlungsdaten werden gem. § 295 Abs. 1 SGB V auf elektronischem Weg verschlüsselt über die KV Nordrhein an Ihre Krankenkasse übermittelt. Dort werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft. Auf Grundlage dessen zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an den Arzt oder die Ärztin.

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.

Die teilnehmenden Ärzte und Ärztinnen gehören zu dem Personenkreis, der nach § 203 StGB (z. B. Arzt, Apotheker, Angehöriger eines anderen Heilberufes) zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Für Ihre Krankenkasse 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 Krankenkasse 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 documentus Köln GmbH durchgeführt. 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 zu Ihrer Krankenkasse

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

Verantwortliche Stelle	Anschrift	Kontakt:	Datenschutzbeauftragter
HEK - Hanseatische Krankenkasse	Wandsbeker Zollstraße 86-90 22041 Hamburg	E-Mail: <a href="mailto:kontakt@hek.de">kontakt@hek.de</a>	E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@hek.de">datenschutz@hek.de</a>
KKH - Kaufmännische Krankenkasse	Karl-Wiechert-Allee 61 30625 Hannover	E-Mail: <a href="mailto:service@kkh.de">service@kkh.de</a>	E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@kkh.de">datenschutz@kkh.de</a>
TK - Techniker Krankenkasse	Stichwort: Besondere Versorgung 85820 München	E-Mail: <a href="mailto:service@tk.de">service@tk.de</a>	E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@tk.de">datenschutz@tk.de</a>
BIG direkt gesund	Rheinische Str. 1 44137 Dortmund	E-Mail: <a href="mailto:info@big-direkt.de">info@big-direkt.de</a>	E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@big-direkt.de">datenschutz@big-direkt.de</a>
IKK classic	Tannenstraße 4b 01099 Dresden	E-Mail: <a href="mailto:vorstand@ikk-classic.de">vorstand@ikk-classic.de</a>	E-Mail: <a href="mailto:datenschutz@ikk-classic.de">datenschutz@ikk-classic.de</a>

## 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).

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

**Original innerhalb von 10 Tagen  
per Post senden an:**

KV Nordrhein  
40182 Düsseldorf

**VKZ 121382KK009**



**Bitte ankreuzen, falls zutreffend:**

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

↑ **Versicherteninformationen drucken!** ↑  
(keine Aufkleber!)

### Vertrag **VorsorgePlus** nach § 140a SGB V: Ihrer Krankenkasse mit der KV Nordrhein - Besser leben mit chronischen Erkrankungen in Nordrhein

#### 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 „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.

#### 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 meiner Krankenkasse ohne Angaben von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse (vgl. vorgenannte Kontaktdaten). Durch den Widerruf der Teilnahme 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 Programm 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 VorsorgePlus</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>_____ Datum, Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters</p>
--	---