Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Anlage 7 zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zwischen der KV Sachsen und der IKK classic

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der "Besonderen Versorgung" interessieren.

Hochwertige Behandlung und Extraservices

Mit dieser besonderen Versorgung erhalten Sie bei Verdacht auf COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) oder bei bereits diagnostizierter COPD eine bedarfsorientierte Versorgung durch eine gemeinsam aufeinander abgestimmte Behandlung durch Hausarzt und Facharzt. Zu Beginn der Erkrankung liegt die besondere Schwierigkeit häufig in der Abgrenzung einer beginnenden COPD und der oftmals vorausgehenden chronischen Bronchitis. Durch den Vertrag profitieren Sie von einer frühzeitigen Diagnostik bei der neben einer therapeutischen Intervention auch präventive Maßnahmen vermittelt werden können. Durch den kontinuierlichen und ganzheitlichen Blick kann ein möglicher Krankheitsprogress positiv beeinflusst werden. Bei Bedarf können Sie darüber hinaus zeitnah über strukturierte Behandlungsprogramme (sogenannte DMP) informiert werden.
Langfristig ist das Ziel, dass hierdurch eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes, schwerwiegende und abwendbare Krankheitsverläufe sowie Krankenhausaufenthalte vermieden werden und eine Aufrechterhaltung von hoher Lebensqualität, insbesondere hinsichtlich der Mobilität und Selbstständigkeit, erlangt wird.

Alle Therapieabschnitte dieser besonderen Versorgung werden Ihnen verständlich und ausführlich erläutert. Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Betreuung, die auf Ihre Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Sie haben Fragen zum detaillierten Inhalt dieser besonderen Versorgung oder dessen Ablauf? Dann sprechen Sie einfach Ihren behandelnden Arzt an. Er wird Sie gerne beraten. Die Teilnahme ist freiwillig.

So können Sie am Versorgungsangebot teilnehmen

Sie erklären Ihre **freiwillige Teilnahme** durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. **Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK classic ohne Angabe von Gründen widerrufen. Fristwahrend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK classic. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die IKK classic den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Bindungsfrist

Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahmeerklärung. Der Versicherte bindet sich für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Der Versicherte kann seine Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres kündigen, sofern sich aus den Anlagen des Vertrages nichts Abweichendes ergibt. Darüber hinaus kann eine Kündigung während dieser zeitlichen Bindung nur bei Vorliegen außerordentlicher Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung bzw. -verlegung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis) schriftlich gegenüber der IKK classic erfolgen. Der gesamte Behandlungsablauf wird durch den Vertragsarzt gesteuert und umgesetzt, daher sind die Versicherten während dieser gesamten Maßnahme an den von Ihnen gewählten Arzt gebunden. Bei nicht abgestimmter Inanspruchnahme weiterer Ärzte für die Behandlung können die Versicherten von der weiteren Teilnahme an der besonderen Versorgung ausgeschlossen werden. Die durch die Pflichtverletzung entstandenen Kosten können dem Versicherten in Rechnung gestellt werden. Eine aktive Mitwirkung der Teilnehmer an dieser Behandlung wird vorausgesetzt. Diese beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine auch die Befolgung des ärztlichen und/oder therapeutischen Rates der teilnehmenden Leistungserbringer. Bei fehlender Bereitschaft zur Mitwirkung können dem Versicherten Leistungen innerhalb dieser besonderen Versorgung ganz oder teilweise versagt werden. Wird trotz wiederholter Aufforderung durch die Krankenkasse den oben genannten Mitwirkungspflichten weiterhin nicht nachgekommen, besteht für die IKK classic die Möglichkeit, die Teilnahme an diesem Vertrag zu beenden.

Hinweise zum Datenschutz

Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die seit Mai 2018 geltenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.

Daten bei Ihrem behandelnden Arzt

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (bspw. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihrem behandelnden Arzt vorhanden sind, werden nur von dem teilnehmenden Arzt und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die vom Arzt gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Die IKK classic hat keinen Zugriff auf Ihre Befunddaten und medizinischen Behandlungsdaten.

Daten zum Zwecke der Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Daher ist es vorgesehen, dass die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form, d.h. ohne dass ein direkter Rückschluss auf Ihre Person möglich ist, zu Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung zur Verbesserung der Versorgungssituation der gesetzlich Krankenversicherten durch die Vertragspartner oder durch von diesen beauftragte und strikt dem Datenschutz unterworfene wissenschaftliche Einrichtungen verwendet werden. **Die zu diesem Zweck erhobenen Daten bedürfen einer gesonderten Einwilligung von Ihnen. Eine Nichteinwilligung hat keinen Einfluss auf Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot.**

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Für die Abrechnung der Behandlung werden folgende Daten durch den teilnehmenden Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Sachsen übermittelt: Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie weitere zur Abrechnung erforderliche Daten, welche abschließend in § 295 SGB V geregelt sind.

Die KV Sachsen übermittelt die zur Abrechnung erforderlichen Daten auf elektronischem Wege an die IKK classic. Die Abrechnung der Vertragsärzte erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KV Sachsen. Eine datenschutzkonforme Abwicklung der Abrechnung ist sichergestellt.

Sofern Sie mit der v. g. Datenübermittlung einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung. Bitte beachten Sie, dass die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke für die vertragliche Erfüllung und Bereitstellung unseres Versorgungsangebotes nach § 140a SGB V zwingend erforderlich sind. Bei einer Nichteinwilligung ist Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich.

Daten bei Ihrer Krankenkasse

Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt die IKK classic Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten mit Diagnosen, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Diagnosen und Kosten, Dauer und Kosten der Häuslichen Krankenpflege, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten).

Die Daten bei der IKK classic werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.8 SGB V in Verbindung mit § 140 a SGB V erhoben und gespeichert. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht. 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)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)

Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Mit Widerruf Ihrer Einwilligung endet Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot.

Sie haben das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Hierzu können Sie sich an den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit (BfDI), Graurheindorfer Straße 131,53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de, wenden.

Verantwortlicher:

IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden, Vorstand@ikk-classic.de – Körperschaft des öffentlichen Rechts

Datenschutzbeauftragter:

Herrn Jörn Gerber, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden, datenschutz@ikk-classic.de.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.ikk-classic.de/datenschutz

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

Erklärung zur Teilnahme und Einverständnis zur Datenvereinbarung

Besondere Versorgung:
Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung in Sachsen

- Original bei der IKK classic einreichen –

12098561009

Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung teilnehmen

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden.
- Ich wurde über den Inhalt, Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an die IKK classic übermittelt.
- Ich erkläre, dass ich die Information zur Teilnahme an der besonderen Versorgung (Versicherteninformation) gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

So können Sie teilnehmen

- **Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung** und kann frühestens vier Wochen vor Ende des ersten Teilnahmejahres bzw. der folgenden Teilnahmejahre gekündigt werden, sofern sich aus den Anlagen des Vertrages nichts Abweichendes ergibt.
- Eine Kündigung der Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, etc.) bleibt hiervon unberührt.

Ich wurde informiert darüber, dass

- eine Bindungsfrist an das Angebot besteht und mir die Inhalte des Versorgungsangebotes benannt wurden. Ich hatte Gelegenheit meinem u. g. behandelnden Arzt Fragen zu stellen, die vollständig und umfassend beantwortet wurden.
- durch die Teilnahme an der besonderen Versorgung für mich keine zusätzlichen Kosten entstehen.
- es für den Behandlungserfolg erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich das Recht habe, jederzeit die dokumentierten Daten für mich einzusehen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei der IKK classic versichert bin und ich meinen Mitwirkungspflichten nachkomme, da mir sonst Leistungen ganz oder teilweise versagt bzw. in Rechnung gestellt werden können.
- im Falle der Nutzung meines Widerrufsrechts eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem möglich ist.

Einwilligung in die Datenerhebung und -verarbeitung

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Speicherung der im Rahmen der besonderen Versorgung erhobenen personenbezogenen Daten gemäß § 140a Absatz 5 SGB V informiert worden bin.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten unter Einhaltung des Datenschutzes zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse oder zur Prüfung der Behandlung durch den MDK übermittelt werden.
- Die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigefügt) habe ich erhalten, verstanden und zur Kenntnis genommen.
- Mir ist bekannt, dass ich die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung führt.

Einwilligung in die erweiterte Datenverarbeitung
(Bei Einverständnis bitte unten ankreuzen.)

- Ich bin damit einverstanden, dass zu statistischen Auswertungen, zur Überprüfung der Wirksamkeit, für Maßnahmen der Qualitätssicherung, für Bewertungen und zur Weiterentwicklung dieses Versorgungskonzeptes meine patientenbezogenen Daten erfasst, pseudonymisiert verarbeitet und wissenschaftlich ausgewertet werden.

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei der IKK classic widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die IKK classic.

Einwilligung und Einverständniserklärung zur erweiterten Datenverarbeitung:
(Bei Einverständnis bitte Kästchen ankreuzen.)

☐ Mit der Verwendung meiner Daten in pseudonymisierter Form zu Zwecken statistischer bzw. wissenschaftlicher Auswertungen/ Qualitätssicherung bin ich einverstanden. (Eine Nichteinwilligung hat keinen Einfluss auf meine Teilnahme.)

☐ Mit einer Kontaktaufnahme durch die IKK classic zur Unterstützung bei Präventionsmaßnahmen bin ich einverstanden. (Bei Nichtteilnahme an der Patientenbefragung entstehen mir keine Nachteile.)

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den Versicherten / gesetzlichen Vertreter 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.	Einwilligung in die Teilnahmebedingungen
	_____ Datum, Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters
_____ Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes	Einverständnis zur Datenerhebung/ -verarbeitung
	_____ Datum, Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters