

Anlage 4b

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

zum Vertrag nach § 140 a SGB V zur besonderen Versorgung, Delegation ärztlicher Leistungen und Videokonsilen in stationären Pflegeeinrichtungen

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

Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung teilnehmen:

- Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden und bin mit der Delegation ärztlicher Leistungen auf qualifizierte Pflegefachkräfte einverstanden.
- Ich wurde über den Inhalt, den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme- und Einwilligungserklärung wird im Original an meine Krankenkasse übersandt.
- Meine Teilnahme beginnt mit meiner Unterschrift.
- Ich erkläre, dass ich die beigefügte Versicherteninformation gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

So können Sie teilnehmen

- **Die Teilnahme beginnt mit Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.**
- 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 an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich das Recht habe, jederzeit die durch die Leistungserbringer dokumentierten Daten für mich einzusehen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen dieser Versorgung habe, wenn ich bei meiner angegebenen Krankenkasse versichert bin und ich meinen Mitwirkungspflichten nachkomme.

- im Falle der Nutzung meines Widerrufsrechts eine Teilnahme an dem Vertrag zur besonderen Versorgung zu einem späteren Zeitpunkt trotzdem möglich ist.

Einwilligung in die Datenverarbeitung

- 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 bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten von den beteiligten Ärzten und Pflegeeinrichtungen gemeinsam dokumentiert werden. Ich bin damit einverstanden, dass diese Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation einsehen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass diese Daten unter Einhaltung des Datenschutzes zu Abrechnungszwecken an meine Krankenkasse oder andere Dritte zur Prüfung der Behandlung (MDK) übermittelt werden.
- Die „Information 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 ohne Angaben von Gründen schriftlich, mündlich oder elektronisch widerrufen kann., Der Widerruf führt zu einer Beendigung meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.
- Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt.

Einwilligung in die erweiterte Datenverarbeitung

(Bei Einverständnis bitte unten ankreuzen.)

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

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift Ihrer Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die Krankenkasse.

Anlage 4b

Einwilligung und Einverständniserklärung zur erweiterten Datenverarbeitung und Patientenbefragung:

(Bei Einverständnis bitte jeweiliges Kästchen ankreuzen.)

- Mit einer schriftlichen Patientenbefragung im Anschluss an die Behandlung bin ich einverstanden.
(Bei Nichtteilnahme an der Patientenbefragung entstehen mir keine Nachteile.)
- 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.)

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
	Einverständnis zur Datenerhebung/ -verarbeitung
_____ Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes	_____ Datum, Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der besonderen Versorgung interessieren.

Hochwertige Behandlung und Extraservices

Durch diese besondere Versorgungsform wird die Versorgung von Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen insbesondere in der ländlichen Region eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung ermöglicht. Im Interesse der vernetzten Kooperation werden die ärztlichen Ressourcen in den Pflegeeinrichtungen mittels telemedizinischer Anwendungen und der Delegation ärztlicher Leistungen optimal genutzt und Facharztkompetenz nach Bedarf einbezogen. Die enge Zusammenarbeit erhöht die Handlungssicherheit für das Pflegepersonal bei der Versorgung der Versicherten.

So können Sie am Versorgungsangebot teilnehmen

Sie erklären Ihre **freiwillige** Teilnahme durch Ihre Unterschrift bzw. durch einen gesetzlichen Vertreter auf der Teilnahmeerklärung. **Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Sie eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform erhalten haben, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.**

Es entstehen Ihnen für die Leistungen dieser besonderen Versorgung keine Kosten.

Bindungsfrist

Die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung beginnt mit Abgabe der unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Sie und/oder der gesetzliche Vertreter können die Teilnahme entsprechend der folgenden Regelungen beenden.

- mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der beteiligten Krankenkasse,
- mit dem Ende der Behandlung nach diesem Vertrag,
- mit Ende dieser besonderen Versorgungsform,
- mit dem Wirksamwerden einer Kündigungs- oder Beendigungserklärung des Versicherten
- bei Vorliegen eines wichtigen Grundes (Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patientenverhältnis, etc.)

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht mehr eingeschrieben sind. 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 im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

Ihre aktive Mitwirkung ist Voraussetzung, um ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen. Dies beinhaltet neben der Wahrnehmung der vereinbarten Termine auch die Befolgung des ärztlichen Rates. Während der Teilnahme sind Sie für diese Behandlung an den von Ihnen gewählten Arzt gebunden. Bei einem Pflichtverstoß können Ihnen Leistungen dieser besonderen Versorgung versagt werden.

Hinweise zum Datenschutz

Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die ab Mai 2018 geltenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (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 und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (z. B. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihrem behandelnden Arzt bzw. der beteiligten Pflegeeinrichtung vorhanden sind, werden nur von dem teilnehmenden Arzt bzw. der beteiligten Pflegeeinrichtung und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen. Die Dokumentation kann in den Patientenakten, die von dem Arzt und der Pflegeeinrichtung gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt werden, erfolgen. Ihre Krankenkasse 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 unterworfenen wissenschaftliche Einrichtungen verwen-

det werden. **Die zu diesem Zweck erhobenen Daten bedürfen einer gesonderten Einwilligung von Ihnen. Eine Nichteinwilligung hat keinen Einfluss auf Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot.**

Nach Abschluss der Teilnahme haben Sie die Möglichkeit zur Überprüfung der Behandlungsqualität und der Patientenzufriedenheit an einer schriftlichen Befragung teilzunehmen. Diese Befragung ist freiwillig, es entstehen Ihnen bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Ihre Krankenkasse erhält zudem Daten zu Abrechnungszwecken. Eine datenschutzkonforme Abrechnung der Ärzte wird sichergestellt. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt für die ärztlichen Leistungen und nichtärztlichen Leistungen durch die Pflegeeinrichtung gemäß § 295 SGB V über die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. Bei diesen Daten handelt es sich um Angaben zu Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10, Leistungsziffern und ihr Wert.

Sie können jederzeit Auskunft über die im Rahmen der besonderen Versorgung zu Ihrer Person gespeicherten Daten bzw. Einsicht in Ihre Behandlungsakte bei Ihrem behandelnden Arzt erhalten.

Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen 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

Durch die besondere Versorgung möchte Ihre Krankenkasse eine bessere Versorgung gemeinsam mit Ihrem behandelnden Arzt und Ihrer Pflegeeinrichtung anbieten. Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt die Krankenkasse 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 Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verb. mit § 140a 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 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)

Bei der 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.

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), Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder den Sächsischen Datenschutzbeauftragten, Devrientstr. 5, 01067 Dresden, saechsdsb@slt.sachsen.de wenden. Weiterhin können Sie sich an das Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn, poststelle@bvamt.bund.de oder an das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Alberstr. 10, 01097 Dresden, dsb@sms.sachsen.de wenden.

Für weitere Informationen zum Datenschutz wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse.