

Anlage 4 – Teilnahmeerklärung Versicherter

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

Vertragskennzeichen:

16F71199540

**Bitte die Teilnahmeerklärung
im Original unterzeichnet an
die zuständige Krankenkasse
weiterleiten (s. Anlage 5
Adressliste)**

Besonderes Versorgungsangebot - Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64d SGB V auf Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz zur Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden in den Regionen München, Würzburg, Kempten (Allgäu) und Amberg-Weilburg

Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden Personen-, Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen.

Ihre Rechte und Vorteile

- Ziel dieses Modellvorhabens ist die Erprobung der Ausübung von bisher ärztlichen Tätigkeiten, die eine selbständige und eigenverantwortliche Ausübung von Heilkunde beinhalten, durch Pflegefachpersonen mit einer Zusatzqualifikation nach § 14 Pflegeberufegesetz.
- Bei der Zusatzqualifikation der Pflegefachperson handelt es sich um eine staatlich, anerkannte Prüfung. Eine Pflegefachperson, die die Zusatzqualifikation nicht erworben hat, kann nicht an dem Modellvorhaben teilnehmen und somit keine ärztlichen Tätigkeiten zur Versorgung chronischer Wunden oder schwer heilender Wunden übernehmen. Die Zusatzqualifikation wird von der Pflegefachperson gegenüber den Krankenkassen nachgewiesen und kann über eine Pflegeschule oder eine Hochschule absolviert werden.
- Durch das Modellvorhaben möchte Ihre Krankenkasse Ihre Versorgung verbessern, in dem die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegefachperson gefördert wird. Hierzu tauschen sich Ihr behandelnder Arzt und Ihre Pflegefachperson regelmäßig, mindestens einmal pro Quartal, über eine Videokonferenz/persönlich aus.
- Zudem soll durch das Modellvorhaben die ambulante ärztliche Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen verbessert werden.
- Die Teilnahme an diesem Modellvorhaben sowie die Leistungen aus diesem Modellvorhaben sind für Sie **kostenfrei**. Lediglich **gesetzlich vorgeschriebene Selbstbeteiligungen oder Zuzahlungen** – soweit für die von Ihnen in Anspruch genommenen Leistungen zutreffend - sind von Ihnen zu leisten. Darüber hinaus darf Ihnen der behandelnde Arzt oder die Pflegefachperson keine gesonderte Vergütung für die Leistungen aus diesem Vertrag in Rechnung stellen.
- **Weitere Vorteile**, die Ihnen durch die Teilnahme an dieses Modellvorhaben entstehen, erläutert Ihnen gerne Ihr behandelnder Arzt oder Ihre Pflegefachperson.
- **Ihre Teilnahme an diesem Modellvorhaben ist freiwillig.**
- Ihre Teilnahme **beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung**, sofern die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt des erfolgreichen Vertragsschlusses der Leistungserbringer. Ihr behandelnder Arzt oder Ihre Pflegefachperson sendet die Teilnahmeerklärung an Ihre Krankenkasse (bei der Sie gesetzlich krankenversichert sind) zur Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen.

Anlage 4 – Teilnahmeerklärung Versicherter

- Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse 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 Ihre Krankenkasse. Die Kontaktdaten finden Sie am Ende des Dokuments.
- **Unabhängig von der zweiwöchigen Widerrufsfrist können Sie gegenüber Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen schriftlich erklären, dass Sie Ihre Teilnahme beenden möchten. Die Kündigung ist wirksam zum Monatsende des Monats der Kündigung (Datum der Kündigung ist maßgebend). Eine Beendigung der Teilnahme hat keinerlei Auswirkungen auf die bestehende Krankenversicherung.**
- **Ändern sich die Inhalte des Modellvorhabens** und sind davon Ihre **Rechte betroffen**, können Sie schriftlich innerhalb eines Monats nach Mitteilung über die Vertragsänderung gegenüber Ihrer Krankenkasse erklären, dass Sie Ihre Teilnahme zum Quartalsende beenden möchten. Erfolgt die Erklärung nicht innerhalb dieser Frist, gelten die Änderungen als genehmigt.

Ihre Pflichten / Hinweise zur Teilnahme

- Die Teilnahme an dem Modellvorhaben kann nur bei einem teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen.
- Sie verpflichten sich für die Dauer der Teilnahme die Leistung ausschließlich bei an dem Modellvorhaben vertraglich gebundenen Fachärzten/Pflegefachpersonen (nachfolgend Leistungserbringer) in Anspruch zu nehmen.
- Ein Wechsel ist nur aus wichtigem Grund möglich (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Leistungserbringer-Patientenverhältnis). Der Wechsel ist dabei Ihrer Krankenkasse schriftlich oder in elektronischer Form anzuzeigen.
- Ihre Krankenkasse kann die Teilnahme **rückwirkend ablehnen**, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht erfüllt sind. Es entstehen für Sie dadurch keine Kosten.
- Sie sind verpflichtet die gesetzlichen **Zuzahlungen** zu leisten. Ausnahme: Zuzahlungen sind von Ihnen nicht zu entrichten, wenn Sie nach § 62 SGB V von den Zuzahlungen befreit sind.
- Sie können sich in dieses Modellvorhaben **nur einmal** einschreiben.
- Beenden Sie Ihre Teilnahme am Modellvorhaben, so ist **eine Wiedereinschreibung nicht mehr möglich**.
- **Ihre Teilnahme an diesem Modellvorhaben endet**
 - nach vollständiger Erbringung der in diesem Vertrag geregelten Leistungen,
 - mit dem Ende Ihrer Versicherung bei Ihrer Krankenkasse
 - mit dem Zugang einer entsprechenden Widerrufserklärung bei der Krankenkasse,
 - mit Ende des Monats der Kündigung (Datum der Kündigung ist maßgebend),
 - mit dem Datum, zu dem die Krankenkasse die Teilnahme aufgrund eines Pflichtverstoßes beendet hat,
 - mit dem Ende der Laufzeit des zugrundeliegenden Vertrages,
 - beim Wechsel zu einem nicht teilnehmenden Leistungserbringer und damit verbunden die Inanspruchnahme von Leistungen nach diesem Vertrag,
 - mit Ende der Teilnahme des Leistungserbringers.

Anlage 4 – Teilnahmeerklärung Versicherter

Einwilligung in die Datenverarbeitung

- Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieses Modellvorhabens erhobenen personenbezogenen Daten incl. medizinischer Behandlungs- und Befunddaten ein.
- Die „Patienteninformation zur Datenverarbeitung und datenschutzrechtlichen Einwilligung“ habe ich gelesen, verstanden und die Patienteninformation wurde mir ausgehändigt. Mit meiner Unterschrift willige ich in die beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein.
- Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung meiner Teilnahme an diesem Modellvorhaben führt.

Ich bestätige, dass ich für den vorgenannten Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 64d SGB V ergebenden 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.

Die Einschreibung des Versicherten kann durch den ärztlichen oder pflegerischen Leistungserbringer erfolgen. Bitte geben Sie jeweils an, mit welchem ärztlichen bzw. pflegerischen Leistungserbringer Sie zusammenarbeiten.

_____ oder _____	
Datum, Stempel, (Unterschrift) betreuender Arzt	Datum, Stempel, (Unterschrift) betreuende Pflegeeinrichtung/Pflegedienst/Pflegeperson
Einwilligung in die Teilnahmebedingungen	Einwilligung in die Datenverarbeitung
_____	_____
Datum und Unterschrift des Versicherten	Datum, Unterschrift des Versicherten

Patienteninformation zur Datenverarbeitung und datenschutzrechtlichen Einwilligung

Datenschutz

Der Gesetzgeber hat im Sozialgesetzbuch die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung durch die Krankenkassen geregelt. Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung.

Befundaustausch zwischen dem Hausarzt und der Pflegefachperson

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherzustellen, ist der Austausch von Befunden zwischen Ihrem Arzt und der Pflegefachperson erforderlich. Durch Unterzeichnung der Einwilligung zur Datenverarbeitung geben Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre personenbezogenen Daten und die medizinischen Behandlungs- und Befunddaten zwischen Ihrem Arzt und der Pflegefachperson ausgetauscht werden können. Eine anderweitige Verwendung der ärztlichen Befunde sowie deren Weiterleitung an Ihre Krankenkasse oder andere Stellen erfolgt nicht. Dem Befundaustausch können Sie selbstverständlich widersprechen bzw. dessen Umfang bestimmen. An die Pflegefachperson wird mindestens jedoch die ärztliche Diagnose und Indikationsstellung übermittelt.

Abrechnung/Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke ist für die vertragliche Erfüllung und Bereitstellung des Versorgungsangebotes nach § 64d SGB V zwingend erforderlich.

Damit Ihr Arzt von Ihrer Krankenkasse die vertraglich vereinbarte Vergütung erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu werden Ihre Abrechnungsdaten gemäß § 295 Absatz 1b SGB V auf elektronischem Weg entweder direkt oder über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns an Ihre Krankenkasse übermittelt.

Damit die Pflegefachperson (Pflegeeinrichtung, Pflegedienst) von Ihrer Krankenkasse die vertraglich vereinbarte Vergütung erhält, muss eine Abrechnung erstellt werden. Hierzu werden Ihre Abrechnungsdaten gemäß § 302 SGB V auf elektronischem Weg an Ihre Krankenkasse übermittelt.

Auf Grundlage der Abrechnungsdaten zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung aus. Folgende Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

- Versicherten-Nr., Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift,
- Kassenkennzeichen, Versichertenstatus,
- Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte,
- Art der Inanspruchnahme,
- Angaben zum Behandler (Betriebsstättennummer, Arztnummer, Arztgruppenschlüssel, Institutionskennzeichen),
- Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert, Angaben zu den dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten,
- Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Überweisungen, Unfallkennzeichen,
- Zuzahlungstatus, Zuzahlungen, Abrechnungsquartal.

Zur Korrektur eventueller Fehl- und Doppelabrechnungen können Ihre personenbezogenen Daten von Ihrer Krankenkasse an die ärztlichen und pflegerischen Leistungserbringer übermittelt werden.

Datenlöschung

Der besondere Versorgungsvertrag regelt die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht. Für personenbezogene Dokumentationen

Anlage 4 – Teilnahmeerklärung Versicherter

beim Leistungserbringer finden die Regelungen zu den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung.

Die Teilnahmeerklärung sowie die damit verbundenen bei Ihrer Krankenkasse gespeicherten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an diesem Versorgungsangebot.

Beauftragung einer anderen Stelle

Nach § 295a Abs. 2 SGB V darf der behandelnde Arzt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit der Verarbeitung der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen oder direkt mit der Krankenkasse abrechnen. Dabei sind von den Beteiligten die gesetzlich geregelten datenschutzrechtlichen Vorschriften zu beachten.

Verarbeitung von Daten durch die teilnehmenden Ärzte und Pflegefachpersonen (Pflegeeinrichtung, Pflegedienst)

Für die Durchführung des Vertrages und für die Erbringung der Leistungen des besonderen Versorgungsangebots Ihrer Krankenkasse durch die beteiligten Leistungserbringer ist die Verarbeitung personenbezogener Patienten-Daten notwendig. Hierzu gehört auch die Übermittlung von Daten an alle beteiligte Leistungserbringer und Einrichtungen bzw. deren Zugriff auf die gemeinsame Dokumentation, soweit es für die Behandlung erforderlich ist. Eine gemeinsame Dokumentation liegt dann vor, wenn entweder eine gemeinsame Patientenakte geführt wird (z.B. auf einem zentralen Server) oder wenn die Möglichkeit des direkten Zugriffs auf die Patientenakte eines beteiligten Leistungserbringers oder einer anderen teilnehmenden Einrichtung besteht. Ihre Krankenkasse hat keinen Zugriff auf medizinische Behandlungs- und Befunddaten.

Wissenschaftliche Begleitung (Evaluation)

Zum Zwecke der Qualitätssicherung und/oder begleitender gesundheitsökonomischer Evaluationen werden die bei Ihrem Arzt und der Pflegefachperson erfassten Daten aufbereitet dem mit der Evaluation beauftragten wissenschaftlichen Institut zur Verfügung gestellt.

Das von den Krankenkassen beauftragte wissenschaftliche Institut wird Sie gesondert über die Datenverarbeitungen im Rahmen der Evaluation informieren. Die zu diesem Zweck erhobenen Daten bedürfen einer gesonderten Einwilligung von Ihnen. Eine Nichterteilung dieser gesonderten Einwilligung hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am Versorgungsangebot.

Verantwortlicher für die Erhebung personenbezogener Daten:

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der Durchführung der besonderen Versorgung ist Ihre Krankenkasse. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Die im Rahmen des Modellvorhabens verarbeiteten personenbezogenen Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Verbindung mit § 64d SGB V verarbeitet. Die Daten werden für den Zeitraum der Teilnahme an der besonderen Versorgung und darüber hinaus für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert; sie werden spätestens nach 10 Jahren nach Beendigung Ihrer Teilnahme 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)

Anlage 4 – Teilnahmeerklärung Versicherter

- 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 Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO)

Kurz für Sie zusammengefasst:

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung bestätigen Sie, dass Sie diese Patienteninformation zur Datenverarbeitung erhalten haben und dass Sie in die hier beschriebene Verarbeitung Ihrer Daten einwilligen.

Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen personenbezogenen Daten werden von Ihrer Krankenkasse unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Sozialgesetzbuches (SGB) aufgrund Ihrer freiwilligen Einwilligung verarbeitet.

Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist eine Teilnahme an der besonderen Versorgung nicht möglich. Alle anderen Leistungen erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse wie bisher.

Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie ohne nachteilige Folgen – mit Ausnahme der dann nicht mehr möglichen Teilnahme an der besonderen Versorgung – jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift widerrufen. Ihnen ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit, der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung berührt.

Kontakt zur Aufsichtsbehörde für Beschwerden für bundesunmittelbare Krankenkassen:

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Graurheindorfer Str. 153
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

Kontakt zur Aufsichtsbehörde für Beschwerden für landesunmittelbare Krankenkassen in Bayern:

Der Bayerische Landesdatenschutzbeauftragte in Bayern
Wagmüllerstr. 18
80538 München
E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de

Bei Fragen zur Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung wenden Sie sich an den jeweils zuständigen Datenschutzbeauftragten