

Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz

Anlage 2 zum Vertrag „Kardioversion“



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 werden die notwendigen Voraussetzungen für die Etablierung einer hochwertigen und qualitätsgesicherten Patientenversorgung für die Durchführung der ambulanten elektrischen Kardioversion geschaffen. Durch die enge Zusammenarbeit der behandelnden Fachärzte und der Vertragspartner von der Diagnosestellung über die rhythmisierte Therapie bis hin zur langfristigen Weiterbehandlung soll eine Verbesserung der Patientenzufriedenheit und Lebensqualität erreicht werden.

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 Kardiologen 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 schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Fristwährend ist die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse den Versicherten eine Belehrung über ihr Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch 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 oder elektronisch gegenüber Ihrer Krankenkasse 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 Krankenkasse 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), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und dem Sozialgesetzbuch (SGB) – 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 Krankenkasse hat keinen Zugriff auf Ihre Befunddaten und medizinischen Behandlungsdaten.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Für die Abrechnung der Behandlung werden folgende Daten durch den teilnehmenden Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) 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 KVWL übermittelt die zur Abrechnung erforderlichen Daten auf elektronischem Wege an Ihre Krankenkasse. Die Abrechnung der Vertragsärzte erfolgt gemäß § 295 SGB V über die KVWL. 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 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.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. Die Daten bei der Krankenkasse 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. Entfällt der Verarbeitungszweck, werden die betreffenden Daten gelöscht. Die Löschung erfolgt regelmäßig nach 6 Jahren, wenn die Daten für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden. Eine endgültige Löschung dieser erfolgt daher erst nach Ablauf der 10 Jahre.

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 153 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de, wenden.

Verantwortlicher:

BKK-Landesverband NW, Hatzper Str. 36, 45149 Essen – Körperschaft des öffentlichen Rechts
BIG direkt gesund, Charlotten-Carree, Markgrafenstraße 62, 10969 Berlin - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Datenschutzbeauftragter:

BKK-Landesverband NW: Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutzbeauftragten sowie zu Ihren Rechten finden Sie u. a. auf der Homepage Ihrer BKK.

Auf Wunsch sendet Ihnen Ihre BKK diese Informationen auch elektronisch oder per Post zu.

BIG direkt gesund: Herr Andreas Josefowitz, Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund, datenschutz@big-direkt.de

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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 zur besonderen ambulanten Versorgung
von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen
durch Kardioversion

- Original bei der KVWL einreichen -

Ja, ich möchte an der besonderen Versorgung über die Durchführung einer ambulanten Kardioversion 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 Krankenkasse 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 teilnehmenden Krankenkasse 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 beigelegt) 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.

Sie können Ihre 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.

Ich bestätige die Einschreibung des Patienten in den Vertrag zur besonderen ambulanten Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen durch Kardioversion

Einwilligung in die Teilnahmebedingungen und Einverständnis zur Datenerhebung/-verarbeitung

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Datum, Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters