

Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung Versicherter – Telemedizinische Facharztkonsole

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

Anhang 6 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten

VKZ: 120 714 002 84

Vertrag gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung von Versicherten – Telemedizinisches Facharztkonsil bei ausgewählten Indikationen -

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem Vertrag zur Besonderen Versorgung „Telemedizinisches Facharztkonsil“ teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Patienteninformation erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehen und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zur Einhaltung der in der Patienteninformation näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Darüber hinaus ist mir bekannt, dass ich die Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung.

Meine Teilnahme endet außerdem mit Ende meines Versicherungsverhältnisses bei meiner Krankenkasse bzw. mit Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs gegenüber meiner Krankenkasse gem. § 19 SGB V, bei einem Krankenkassenwechsel und mit Beendigung des Vertrags der Besonderen Versorgung.

II. Einwilligungserklärung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Ich bin über die Verarbeitung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung und meinen Rechten in Bezug auf meine Daten umfassend informiert. Mir ist bekannt, dass ich insbesondere jederzeit das Recht habe, meine Daten bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung meiner Daten zu veranlassen. Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner Krankenkasse widerrufen. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Mir ist bekannt, dass die freiwillige Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an der besonderen Versorgung teilnehmen kann.

Ja, ich habe die **Patienteninformation zur Datenweitergabe bei der Teilnahme an der besonderen Versorgung** erhalten und verstanden. Mit der dort beschriebenen Verarbeitung meiner Daten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung bin ich einverstanden und erkläre mit meiner Unterschrift die Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im weiteren Dokument auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

Anhang 7 – Patienteninformation zur Datenweitergabe für Patientinnen und Patienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Krankenkasse hat zusammen mit dem Bayerischen Hausärzteverband, mit ärztlichen Kooperationspartnern und der Sanakey Contract GmbH ein Versorgungsmodul für ein telemedizinisches Facharztkonsil bei ausgewählten Indikationen (hier: Diabetischer Fußsyndrom und unklarer Hautbefund) im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung entwickelt. Das telemedizinische Facharztkonsil ermöglicht der Hausärztin oder dem Hausarzt, eine fachärztliche Meinung bei einem Experten oder bei einer Expertin telekonsiliarisch einzuholen.

Sofern Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt ein Telekonsil bei einer Fachärztin oder einem Facharzt einholt, wird die Verarbeitung von patientenbezogenen Daten im Rahmen dieses Vertrags (inkl. telekonsiliarischer Austausch von Daten) notwendig. Zudem werden Ihre individuellen Befunde an einen vertraglich kooperierenden Fachexperten und den beteiligten Technikdienstleister auf einem gesicherten elektronischen Weg übermittelt.

Die an der Versorgung beteiligten Haus- und Fachärzte und Ärztinnen sowie Sanakey Contract GmbH als Abrechnungsdienstleister sind – Ihr Einverständnis vorausgesetzt – berechtigt, Ihre vorliegenden personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht), die für die Behandlung und Abrechnung notwendig sind, unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Datenverarbeitung ist zum Zweck der Vertragsdurchführung erforderlich.

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie die Anerkennung der vertraglichen Rechte und Pflichten. Diese sind insbesondere folgende:

a) Recht auf Widerruf

Sie können die Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt mit der Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung Ihrer Widerrufserklärung.

b) Recht auf außerordentliche Kündigung

Eine außerordentliche Kündigung ist nur aus wichtigem Grund möglich (Wohnortwechsel mit nicht zumutbarer Entfernung, Praxisschließung, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis). Die außerordentliche Kündigung der Teilnahme ist durch die Versicherten schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse möglich.

c) Folgen fehlender Mitwirkung

Die Teilnahme kann durch die Krankenkasse bei Feststellung eines Pflichtverstoßes (z. B. Verstoß gegen die Arztbindung) außerordentlich beendet werden, wenn die Versicherten zuvor schriftlich durch ihre Krankenkasse auf die Folgen ihres Handelns hingewiesen wurden.

d) Ende der Teilnahme

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei Ihrer Krankenkasse endet bzw. mit Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs gegenüber Ihrer Krankenkasse gem. § 19 SGB V, wenn Sie die Krankenkasse wechseln oder das Versorgungsmodul beendet wird.

Welche Daten werden erhoben und verarbeitet?

1. Personenbezogene Versichertenrahmendaten

- Daten der Krankenversichertenkarte (Geschlecht, Name, Vorname, Versichertennummer, Versichertenstatus, Gültigkeit, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenkasse), Datum der Einschreibung

2. Abrechnungsrelevante Daten

- Verschlüsselte Diagnose nach ICD-10-GM, Diagnosesicherheit, Diagnosedatum, Behandlungsdatum, Nummer bzw. Bezeichnung der abzurechnenden Pauschale, Wert der Pauschale in EUR, Datum der Leistungserbringung, Name und Arzt- und Betriebsstättennummer des behandelnden Arztes

3. Betreuungs- und Behandlungsdaten

- Diagnose-, Befund- und Therapiedaten (Anamnese, Diagnose, Befunde, medizinische Indikation, Aufklärung, medizinische Behandlungsleistungen), Angaben der behandelnden Ärzte

Wer erhebt die Daten zu welchem Zweck?

Die Daten werden ausschließlich durch Ihre behandelnden Hausärztin oder Ihren Hausarzt und die kooperierenden Fachärztin oder den Facharzt für dessen Aufgaben erhoben. Die Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität Ihrer Behandlung zu sichern

Wer verarbeitet meine Daten und warum?

Im Rahmen Ihrer Behandlung und Gesundheitsversorgung ist es erforderlich, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt die in den Ziffern 1 bis 3 bezeichneten Daten von Ihnen erhebt. Diese Daten gehören zur üblichen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, ihre Behandlung durchführen zu können und die Qualität Ihrer Therapie zu sichern.

Ihre Krankenkasse erhält zum Zwecke der Prüfung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung und Abrechnung Ihrer Behandlung nur die nach Ziffer 1 und 2 erforderlichen Daten und verarbeitet diese zu diesem Zweck. Der am Telekonsil beteiligte Hausarzt/Facharzt rechnet über die Managementgesellschaft, die Sanakey Contract GmbH, c/o Sanakey GmbH, Robert-Koch-Platz 9, 10115 Berlin, ab. Die Managementgesellschaft bereitet die Daten nach Ziffer 1 und 2 auf, fasst sie zusammen und übermittelt diese gem. Technischer Anlage zu § 295a SGB V verschlüsselt an Ihre Krankenkasse.

Für Ihre Behandlung wünschen wir Ihnen alles Gute.

Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung Versicherter – Telemedizinische Facharztkonsile

Anhang 8 – Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Mit dem Vertrag „Telemedizinische Facharztkonsile“ nach § 140a SGB V zur Besonderen Versorgung der Versicherten wird die Verarbeitung von patientenbezogenen Daten notwendig. Die Datenverarbeitung ist zum Zweck der Vertragsdurchführung erforderlich. Es werden Daten, sofern Sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und zwischen den Vertragspartnern (behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Sanakey als Abrechnungsdienstleister, Ihre Krankenkasse und der BKK LV pseudonymisiert zum Vertragscontrolling) unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben.

Die personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Name der BKK, Versichertennummer, Abrechnungsziffer und Diagnose nach ICD-10-GM) dürfen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung, des Vertragscontrollings und der Teilnehmerverwaltung ausgetauscht werden. Medizinische Daten werden - sofern notwendig - nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärztinnen und Ärzten ausgetauscht (z. B. beim Wechsel der behandelnden Ärztin oder Arztes).

Im Bewusstsein unserer Verantwortung für den Datenschutz und in Erfüllung unserer Pflichten aus der DSGVO möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Art. 13 DSGVO bekanntmachen, damit Sie eine informierte Entscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Vertrag „Telemedizinische Facharztkonsile“ treffen können.

Die Verantwortlichen im Sinne dieser Bestimmung ist Ihre Krankenkasse. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich im Bedarfsfall an Ihre Krankenkasse sowie deren Datenschutzbeauftragten wenden. Fragen zum Datenschutz richten Sie bitte an die Adresse der zuständigen Krankenkasse, zu Händen des Datenschutzbeauftragten.

Die Daten, welche für die Behandlung im Rahmen des Vertrages „Telemedizinische Facharztkonsile“ erhoben und verarbeitet werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a Absatz 5, § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V).

Die Daten werden während der Dauer Ihrer Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten so lange gespeichert, wie es für die Erfüllung des Vertrags erforderlich ist. Ihre Daten werden nach vier Jahren (beginnend ab dem Ende des Jahres, in dem Sie die Leistung in Anspruch genommen haben) gelöscht (§ 304 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. § 84 SGB X); im Falle der Abrechnungsunterlagen spätestens nach 10 Jahren.

Sie haben ein Recht auf **Auskunft** seitens der Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO) sowie auf **Berichtigung** (Art. 16 Satz 1 DSGVO), auf **Löschung** (Art. 17 DSGVO), auf **Einschränkung** der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie das Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X) und ein Recht auf **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 DSGVO).

Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung Versicherter – Telemedizinische Facharztkonsile

Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO). Diese kann bei bundesunmittelbaren Krankenkassen an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationssicherheit (BfDI) oder das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA) gerichtet werden.

Die Teilnahme am Vertrag „Telemedizinische Facharztkonsile“ ist freiwillig. Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. Das heißt Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.