

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte

zum Vertrag über die Besondere Versorgung von Patienten mit diabetischen Fußsyndrom gemäß § 140a SGB V

Vertragsnummer: 12001100011

Mobilnummer der Versicherten (bei elektronischer Einschreibung)

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass

- ich freiwillig an diesem Versorgungsprogramm teilnehmen möchte und mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer einverstanden bin.
- mich der genannte Arzt / die genannte Ärztin ausführlich über die Inhalte und Ziele des Versorgungsprogramms informiert hat. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner AOK NordWest kündigen.
- mir bekannt ist, wie ich meine Teilnahme widerrufen kann, wann und wie meine Teilnahme an dem Vertrag beendet werden kann und dass meine AOK NordWest meine behandelnden Ärzte über das Ende meiner Teilnahme informiert.
- bei Nichtteilnahme oder Kündigung ich genauso gut betreut werde wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann.

2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Entbindung von der Schweigepflicht:

Ich habe die beiliegende „Datenschutzinformation“ und „Information für Patienten und Patientinnen“ gelesen und verstanden und willige in die dort beschriebene Verarbeitung und Nutzung der medizinischen und persönlichen Daten ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Versorgungsprogramm austreten kann und dass die erhobenen und gespeicherten persönlichen Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Behandlungsdaten zwischen den beteiligten Leistungserbringern notwendig. Mit der Unterzeichnung erteile ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass Auskünfte über meine Teilnahme an diesem Versorgungskonzept sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden dürfen. Hierfür entbinde ich meine konsultierten Ärzte von Ihrer Schweigepflicht.

Zu 1.: Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm.

Zu 2.: Ich erkläre hiermit meine Einwilligung in die Datenverarbeitung und bin mit der beschriebenen Datenweitergabe, -speicherung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme einverstanden.

Ja, ich bin einverstanden, dass meine Mobilfunknummer für die elektronische Vertragsbestätigung gespeichert und an die AOK NordWest übermittelt werden kann.

Zu 2.: Hiermit entbinde ich den behandelnden Arzt/ die behandelnde Ärztin und Leistungserbringer, die im Rahmen der besonderen Versorgung bei meiner Behandlung tätig werden und die gesetzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, zum Zwecke des Informationsaustausches untereinander von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

- von der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte oder den vorgenannten Versicherten die vertraglichen Teilnahmevoraussetzungen erfüllt. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin bzw. mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an dem Programm bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Datum

Unterschrift

Name, Adresse / Stempel Arzt

Datenschutzinformation

Vertrag über die besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ gemäß § 140 a SGB V

1 Was ist die besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ der AOK NordWest?

Dieses Programm richtet sich an Personen mit einem diagnostizierten diabetischen Fußsyndrom. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre AOK NordWest gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden. Ihre AOK NordWest bietet Ihnen eine Teilnahme an diesem Programm an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesem Programm entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“. Ihre Teilnahme ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welche Daten werden erhoben?

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

Personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), bei einer elektronischen Einschreibung und nur für diesen Zweck (Handynummer und Mailadresse), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten und Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert, dokumentierte Leistungen, Fotodokumentation vom Fuß, Verordnungsdaten und Diagnoseschlüssel).

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Nachdem bei Ihnen ein diabetisches Fußsyndrom diagnostiziert wurde und Sie sich nach ausführlicher Information für die Teilnahme an diesem Versorgungsvertrag entscheiden haben, beginnt Ihre **Einschreibung**. Dazu stimmen Sie oder Ihr gesetzlicher Vertreter mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu, dass Ihre Behandlung von Ihrem behandelnden Arzt personenbezogen dokumentiert wird.

- **Variante A:** Bei der **papierbasierten Einschreibung** erfasst ihr Arzt ihre für die Teilnahme am Vertrag notwendigen Daten (Kontaktdaten, Stammdaten, Versicherungsdaten inkl. Versichertenstatus) und befüllt mit diesen den Vordruck der Teilnahme- und Einwilligungserklärung im zur Nutzung des durch die teilnehmenden KK kostenfrei zur Vergütung gestellten IT-Portals zur Abwicklung der elektronischen Teilnehmerverwaltung, Abrechnung und elektronische Dokumentation (IT-Portal). Der Ausdruck wird von Ihnen bzw. Ihrem gesetzlichen Vertreter unterschrieben und vom Arzt. Das Original verbleibt in der Arztpraxis und eine Kopie erhalten Sie.
- **Variante B:** Bei der **elektronischen Einschreibung** erfasst ihr Arzt ihre Kontaktdaten, Stammdaten und die Teilnahmeerklärung inkl. Teilnahmestatus im eConsent-Portal und die für den diesen Weg zusätzliche notwendige Mobilnummer. Sie bestätigen Ihre Teilnahme beim Arzt auf digitalem Weg und können Ihre Unterlagen ebenfalls digital erhalten.

Die elektronische Einschreibung ist eine **freiwillige Einschreibungsmöglichkeit** neben der Papierbasierten. In beiden Fällen werden Ihre Daten der TE/EWE von Ihrem Arzt elektronisch zum Zweck der Versichertenanspruchsprüfung und Teilnahmeverwaltung in an die AOK NordWest gesendet. Ihre AOK NordWest benötigt die Daten zur Abrechnungsprüfung.

Die **Behandlung** in diesem Versorgungsprogramm ist eine zusätzlich vereinbarte Leistung. Ihre Versorgung wird im IT-Portal dokumentiert. Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der **Austausch von Behandlungsdaten** zwischen den beteiligten Leistungserbringern

notwendig. Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme diesem Versorgungskonzept sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte von Ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die AOK NordWest und andere Stellen erfolgt nicht.

Sie sind damit einverstanden, dass die zu Ihrer Versorgung notwendige Mittel zur **Wundverbandmittelversorgung** ausschließlich über Ihre behandelnden Ärzte (und ggf. anderen Leistungserbringer) oder über einen in die besondere Versorgung eingebundenen Pflegedienst oder das Casemanagement zur Verfügung gestellt werden.

Die **Abrechnungsdaten** (Leistungs- und Behandlungsdaten) werden vom Arzt auf elektronischem Weg an die AOK NW übermittelt.

Das **Casemanagement**, das dem Fußnetz meines medizinischen Leistungserbringers zugehörig ist, unterstützt in ihn in Fragen zum Behandlungspfad. Dafür darf das Casemanagement auch mit mir Kontakt aufnehmen.

Für die AOK NordWest ist es wichtig, Ihre Meinung zu diesem Versorgungskonzept zu erfahren. Nur so ist es möglich, Ihre Wünsche und Erfahrungen in die Verbesserung des Versorgungskonzepts einzubringen. Zu diesem Zwecke wird eine schriftliche Akzeptanzbefragung durchgeführt. Ihre Teilnahme an dieser **Versichertenbefragung** ist freiwillig.

Datenübermittlung und -zusammenführung: Um herauszufinden, ob sich das Versorgungskonzept „Diabetisches Fußsyndrom“ dazu eignet, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Effizienz der Versorgung zu steigern, werden die nachfolgenden Daten der teilnehmenden Versicherten an diesem Versorgungskonzept durch die Ihre AOK NordWest und die durch die Leistungserbringer im IT-Portal erfassten Informationen in pseudonymisierter Form zur Qualitätssicherung ausgewertet:

- Auswertung über die nach dem Vertrag abgerechneten Leistungen
- Schweregrade bei der Neuerfassung
- Amputationsrate und absolute Zahl
- Krankenhaustage mit Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“
- Durchschnittliche Dauer von Verordnung bis Abnahme; Anzahl > 6 Wochen
- Liste mit den eingebundenen Pflegediensten
- Abrechnung Fallkonferenz
- Daten aus Dokumentation im IT-Portal
- Abrechnung Gebührenposition Schulung, Verordnung Podologe
- Qualitätssicherungsberichte
- Material zur Wundversorgung
- Arzneimittelabrechnungsdaten
- Einschreibezahlen an die AOK NordWest gemeldet und halbjährlich im Vertragsausschuss berichtet

Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Auswertung dieser Daten in pseudonymisierter Form.

Die teilnehmenden Ärzte übermitteln Ihre Diagnosen sowie Leistungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten zur Abrechnung an Ihre AOK NordWest. Zusätzlich helfen diese Daten Ihre AOK NordWest, Sie als Versicherte/n bei Bedarf zu beraten.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten: Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der AOK NordWest (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der AOK NordWest in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fall-bezogen), enthalten also ausdrücklich nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben. Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Vorsorge- und RehaMaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen und andere.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt.

Es kann ein **Informationsaustausch** zwischen der AOK NordWest, der Arbeitsgemeinschaft der Diabetes-Schwerpunktpraxen Schleswig-Holsteins e.V. sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) und dem Casemanagement über Änderungen der Mitgliedschaft, Wohnortwechsel sowie ggf. Ihrem Widerruf der Teilnahme, Teilnahmestatus und über medizinische Daten in pseudonymisierter Form stattfinden.

4 Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

5 Informationen zum Datenschutz und zur Datennutzung

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/nw/datenschutzrechte.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich schriftlich an die AOK NordWest (Anschrift: AOK NordWest, Unternehmensbereich Recht & Compliance, Stichwort: Datenschutz, 58079 Hagen). Falls Sie bezweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Landesbeauftragten für den Datenschutz.

mail@datenschutzzentrum.de (Postfach 7116, 24171 Kiel)

Information für Patientinnen und Patienten zum Versorgungsprogramm Vertrag über die besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ gemäß § 140 a SGB V

Was ist das Versorgungskonzept?

Dieses Versorgungskonzept richtet sich an Versicherte der AOK NordWest mit einem diabetischen Fußsyndrom. Ziel dieses Versorgungskonzepts ist die Steigerung der Qualität durch verbindlich festgelegte Behandlungspfade und die Förderung einer intensiveren Kooperation zwischen Hausärzten und zertifizierten ambulanten Fußbehandlungseinrichtungen, aufsetzend auf bestehende Strukturen der Disease-Management-Programme (DMP). Durch eine zielgerichtete und qualifizierte Behandlung dieser Patienten lassen sich ungünstige Krankheitsverläufe bis zu Amputationen vermeiden oder zumindest deutlich zeitlich verzögern. Die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen geht einher mit der Vermeidung von Folgekosten, die bei unzureichender Koordination und Fehlen verpflichtender qualitätsgesicherter Behandlungspfade entstehen.

Was passiert in dem Versorgungsprogramm?

- Ihr behandelnder Hausarzt hat festgestellt, dass Sie als Patient die **Voraussetzungen** erfüllen, um am Vertrag über die besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ gemäß § 140 a SGB V teilzunehmen.
 - Ihr behandelnder Arzt hat Sie darüber informiert, dass bei Ihnen ein diabetisches Fußsyndrom diagnostiziert wurde.
 - Sie sind bei der AOK NordWest versichert.
 - Sie nehmen am DMP Diabetes Typ Mellitus Typ I oder II teil.
 - Sie arbeiten aktiv an Ihrer Behandlung mit. Bei fehlender Mitarbeit kann Ihre Teilnahme an dem Versorgungskonzept beendet werden.
- Mit der Unterzeichnung der schriftlichen Teilnahmeerklärung willigen Sie bzw. Ihr gesetzlicher Vertreter in die Durchführung des Versorgungskonzepts ein. Ihre Teilnahme an diesem Versorgungskonzept ist **freiwillig**.
- Sie wählen den Arzt als Hausarzt bzw. Facharzt (siehe Teilnahme- und Einwilligungserklärung) in diesem Versorgungskonzept.
- Wenn Sie sich nicht für dieses Versorgungskonzept entscheiden, verbleiben Sie, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Im Rahmen der besonderen Versorgung werden Sie ausschließlich von Leistungserbringern behandelt, die an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und verzichten auf das Recht, behandelnde ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer frei zu wählen.
- Ihnen ist bekannt, dass Sie Leistungen aus diesem Versorgungskonzept nicht außerhalb dieses Konzeptes zu Lasten der AOK NordWest in Anspruch nehmen dürfen; andernfalls können die Kosten von Ihnen zurückgefordert werden.
- Sie sind bereit, sich gemäß den ärztlichen Anweisungen behandeln zu lassen und den Heilungsprozess mit den Maßnahmen zu unterstützen, in die man Sie eingewiesen hat.
- Sie sind damit einverstanden, alle erforderlichen Behandlungs- und Kontrolltermine wahrzunehmen, die konsequente Fußentlastung und Nutzung der ggf. erforderlichen Schuh- oder Einlagenverordnung zu beachten, eine umgehende Benachrichtigung meines Arztes im Falle einer Beschwerdezunahme durchzuführen und an der angebotenen Fußschulung – soweit möglich – teilzunehmen.
- Zur Finanzierung der Kosten dieser besonderen Versorgung sind Vereinbarungen mit Apotheken oder anderen Anbietern von Wundverbandstoffen oder anderen Mittel zu meiner Versorgung

getroffen worden. Sie erklären sich damit einverstanden, dass die zu Ihrer Versorgung notwendige Mittel ausschließlich über Sie behandelnden Ärzte (und ggf. anderen Leistungserbringer) oder über einen in die besondere Versorgung eingebundenen Pflegedienst oder das Casemanagement zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen dieses Programms benötigen Sie deswegen keine Rezeptverordnungen zu **Wundmaterialien**. Alles was zur Behandlung Ihres Fußes benötigt wird, wird Ihnen gestellt.

- Für die AOK NordWest ist es wichtig, Ihre Meinung zu diesem Versorgungskonzept zu erfahren. Nur so ist es möglich, Ihre Wünsche und Erfahrungen in die Verbesserung des Versorgungskonzepts einzubringen. Zu diesem Zwecke wird eine schriftliche Akzeptanzbefragung durchgeführt. Ihre Teilnahme an dieser **Patientenzufriedenheitsbefragung** ist **freiwillig**.
- Das **Casemanagement** Ihres regionalen Fußnetzes unterstützt meinen medizinischen Leistungserbringer in Fragen zum Behandlungspfad. Dafür darf das Casemanagement mit Ihnen Kontakt aufnehmen.
- Ihnen ist bekannt, wann und wie Ihre Teilnahme an dem **Versorgungskonzept beendet** werden kann (z.B. bei fehlender aktiver Mitarbeit an der Behandlung) und dass die AOK NordWest Ihnen behandelnden Hausarzt, Facharzt und das Casemanagement über das IT-Portal zur Teilnehmerverwaltung, Abrechnung und elektronischen Dokumentation über das Ende meiner Teilnahme informiert.
- Die von Ihnen unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung wird elektronisch der AOK NordWest zugesendet. Sie erhalten eine (ggf. digitale) Kopie. Bei Widerruf der Teilnahmeerklärung innerhalb von 14 Tagen werden Ihre Teilnahmedaten vollständig bei Ihrer AOK NordWest und bei dem beteiligten Arzt gelöscht.
- Bei Kündigung der Teilnahme (die im Rahmen der Kündigungsfrist möglich ist) werden nach Ablauf der Frist keine weiteren Daten erhoben, die bis dahin vorhandenen Daten aber noch zu Abrechnungszwecken verwendet.

Widerrufsmöglichkeiten

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich (Anschrift: AOK NordWest, Spezialisierte Versorgung, 58079 Hagen), elektronisch oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund Ihrer vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bis zu Ihrem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass Sie nicht mehr an diesem Versorgungsprogramm teilnehmen können. Für Ihre weitere Behandlung können Sie weiterhin die Leistung des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

Kündigung nach dem Ende der Widerrufsfrist

Sie können Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung jederzeit kündigen. Sofern Sie Ihre Teilnahme beenden möchten, senden Sie uns Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief an die AOK NordWest, Spezialisierte Versorgung, 58079 Hagen).