

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



## Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte zur Teilnahme am Versorgungskonzept des Vertrages zur Etablierung von Videosprechstunden zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen gemäß § 140a SGB V

Einschreibung

Arztwechsel

Bitte senden an:  
AOK NORDWEST  
Fachbereich Spezialisierte Versorgung  
Edisonstraße 70, 24145 Kiel  
Telefax: 0800 2652-505378

### 1. Teilnahmeerklärung:

#### Hiermit erkläre ich, dass

- ich den u. g. Arzt als Hausarzt bzw. Facharzt (siehe Arztstempel) in diesem Versorgungskonzept wähle;
- mich mein u. g. Hausarzt bzw. Facharzt ausführlich über die Inhalte und Ziele des Versorgungskonzeptes informiert hat;
- ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Mir ist bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Versorgungskonzept beendet werden kann (z.B. bei fehlender aktiver Mitarbeit an der Behandlung) und dass die AOK NORDWEST meinen behandelnden Hausarzt über die Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein über das Ende meiner Teilnahme informiert;
- mir bekannt ist, dass ich Leistungen aus diesem Versorgungskonzept nicht außerhalb dieses Konzeptes zu Lasten der AOK NORDWEST in Anspruch nehmen darf; andernfalls können die Kosten von mir zurückgefordert werden.
- **ich freiwillig am Versorgungskonzept teilnehme und meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK NORDWEST widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NORDWEST. Außerdem kann ich meine Teilnahme jederzeit gegenüber der AOK NORDWEST kündigen. Bei Widerruf oder Kündigung werde ich von meinem Hausarzt bzw. Facharzt in der sonst üblichen Weise weiter betreut;**
- mir bekannt ist, dass Leistungs- und Behandlungsdaten zur Abrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein übermittelt werden. Des Weiteren werden die Leistungs- und Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form – die Daten enthalten ausdrücklich nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben – zum Zwecke der Evaluation an das Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH übermittelt.

- mir bekannt ist, dass eine Patientenbefragung zur Messung der Akzeptanz und Nutzenbewertung des Versorgungskonzepts durchgeführt wird. Die Teilnahme an der Patientenbefragung ist freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden, ohne dass mir hierdurch Nachteile für meine Teilnahme an diesem Versorgungskonzept entstehen.

## 2. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich willige freiwillig in die auf Basis des §140a Abs. 4 SGB V und der EU-DSGVO erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner im Versorgungskonzept erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe das „Merkblatt für die Teilnahme am Vertrag zur Etablierung von Videosprechstunden zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen für Versicherte der AOK NordWest erhalten und zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen und aus dem Versorgungskonzept austreten kann und dass die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenerhebung, -weitergabe, -speicherung und -nutzung rechtmäßig erfolgte. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: Die AOK NordWest, Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V für die Aufgaben der Krankenversicherung zum Zwecke der Durchführung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erhoben und verarbeitet. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nw/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nw/datenschutzrechte). Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich an die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse, Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund [kontakt@nw.aok.de](mailto:kontakt@nw.aok.de) oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [Datenschutz@nw.aok.de](mailto:Datenschutz@nw.aok.de).

**Zu 1.:** Ja, ich möchte an diesem Versorgungskonzept teilnehmen.

**Zu 1.:** Ja, ich willige ein, dass Leistungs- und Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form zum Zwecke der Evaluation ausgewertet werden dürfen.

**Zu 2.:** Ja, ich habe das „Merkblatt für die Teilnahme am Vertrag zur Etablierung von Videosprechstunden zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen für Versicherte der AOK NORDWEST“ gelesen. Ich bin mit der beschriebenen freiwilligen Datenerhebung, -weitergabe, -speicherung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungskonzept einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters

..... - vom behandelnden Arzt auszufüllen - .....

\_\_\_\_\_  
Datum

Unterschrift

Stempel Arzt

---

## **Merkmale für die Teilnahme am Vertrag zur Etablierung von Videosprechstunden zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung in stationären Pflegeheimen für Versicherte der AOK NORDWEST**

---

### **Was ist das Versorgungskonzept?**

Dieses Versorgungskonzept richtet sich an Versicherte der AOK NORDWEST, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung und von einem an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt betreut werden. Patienten, die sich zur Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) im Pflegeheim aufhalten, können nicht teilnehmen. Mit der Unterzeichnung der schriftlichen Teilnahmeerklärung willigen Sie bzw. Ihr gesetzlicher Vertreter in die Durchführung des Arzt-Patienten-Kontaktes im Rahmen einer Video-Sprechstunde ein. Ihre Teilnahme an diesem Versorgungskonzept ist **freiwillig**.

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie bei einem teilnehmenden Facharzt oder Hausarzt ausfüllen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme an diesem Versorgungskonzept.

Wenn Sie sich nicht für dieses Versorgungskonzept entscheiden, verbleiben Sie, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Arzt händigt Ihnen bzw. Ihrem gesetzlichen Vertreter eine Kopie der Teilnahmeerklärung aus. Danach erfasst der Arzt Ihre Teilnahmeerklärung in seinem Praxissystem als elektronischen Datensatz. Die Teilnahmeerklärung wird anschließend per Post oder Telefax an die AOK NORDWEST übermittelt. Die AOK NORDWEST prüft, ob Sie die Teilnahmevoraussetzung an diesem Versorgungskonzept erfüllen. Die AOK NORDWEST erstellt regelmäßig aus den eingegangenen Teilnahmeerklärungen ein Verzeichnis und stellt dieses der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) zur Verfügung. Übermittelt werden Ihre Stammdaten sowie der Vertragsbeginn. Die KVSH benötigt die Daten zur Abrechnungsprüfung. Die AOK NordWest informiert bei Einschreibung oder bei Veränderungen zusätzlich einmal im Monat das jeweilige Praxisnetz.

### **Widerruf der Teilnahme**

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK NORDWEST ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK NORDWEST. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

### **Einwilligung zum Datenschutz**

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung durch die AOK NORDWEST für dieses Versorgungskonzept geregelt. Für die Teilnahme am Versorgungskonzept ist es erforderlich, dass Sie eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgeben, unter anderem da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über die KVSH auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Darin erklären Sie sich insbesondere mit den im Folgenden näher beschriebenen Einschreibe-, Datenerhebungs-, verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.

Sie haben von diesem Versorgungskonzept nur Vorteile und willigen in die Übertragung von Abrechnungsdaten ein, die aus der Teilnahme an diesem Versorgungskonzept resultieren, sowie dem Austausch von Behandlungsdaten zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

### **Versichertenbefragung**

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 die durch das Land Nordrhein-Westfalen beauftragte Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG) eine Online-Befragung nach jeder elektronischen Arztvisite durchführen. Die mittels der bei der elektronischen Arztvisite eingesetzten Software „eVi@“ der Firma La-Well GmbH, Haßkampstr. 75 in Bünde, erhobenen Daten werden hierfür an die zur Durchführung der Evaluation beauftragten Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH (ZTG), Universitätsstraße 142 44799 Bochum übermittelt. Zusätzlich wird eine einmalige schriftliche Akzeptanzbefragung ca. ein Jahr nach Vertragsbeginn durchgeführt. Ihre Teilnahme an dieser Befragung ist freiwillig.

### **Befundaustausch**

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Behandlungsdaten zwischen den Leistungserbringern (behandelnde Haus- und Fachärzte) 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. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

### **Datenübermittlung und -zusammenführung**

Um herauszufinden, ob sich elektronische Arztvisiten tatsächlich dazu eignen, die Versorgungsqualität im Pflegeheim sicherzustellen und die Effizienz der Versorgung zu steigern werden die nachfolgenden Daten der teilnehmenden Versicherten an diesem Versorgungskonzept durch die AOK NORDWEST und der KVSH in pseudonymisierter Form zur Evaluation ausgewertet:

- Anzahl Versicherten- bzw. Grundpauschalen
- Anzahl abgerechneter Hausbesuche / KM-Pauschalen
- Auswertung über die nach dem Vertrag abgerechneten Leistungen
- Anzahl Konsultationen hausärztlicher Notfalldienst
- Anzahl Besuche des Patienten in einer Arztpraxis
- Anzahl Einsätze Notarzt und/oder Rettungswagen
- Anzahl (Notfall-)Krankenhauseinweisungen und Krankenhaustage

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 die KVSH. Die KVSH übermittelt diese Daten für die weitere Abrechnung und Abrechnungsprüfung an die AOK NORDWEST. Zusätzlich helfen diese Daten der 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.

#### **Schweigepflicht und Datenlöschung**

In diesem Versorgungskonzept ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufs-rechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus diesem Versorgungskonzept gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme diesem Versorgungskonzept.

#### **Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz- Grundverordnung**

##### **1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung**

Verantwortlicher für die Durchführung dieses Versorgungskonzepts:  
 AOK NORDWEST  
 Kopenhagener Straße 1  
 44269 Dortmund  
 Telefon: 0231 4193-0  
 E-Mail: kontakt@nw.aok.de

##### **2. Namen und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

**Datenschutzbeauftragter**  
 Heiko Mettner  
 AOK NORDWEST, Direktion, Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund  
 Telefon: 0231 4193-0 Fax: 0231 4194-8161  
 E-Mail: Datenschutz@nw.aok.de

##### **3. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?**

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Nordrhein-Westfalen  
 Hausanschrift:  
 Kavalleriestraße 2-4  
 40213 Düsseldorf  
 Postanschrift:  
 Postfach 20 04 44  
 40102 Düsseldorf  
 Tel.: 0211 38424-0  
 Fax: 0211 38424-10  
 E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de