

Vertrag nach § 140a SGB V zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen



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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der AOK Niedersachsen

Versand an:
AOK Niedersachsen
Die Gesundheitskasse
30142 Hannover



Vertragskennzeichen: 12000100205

Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Vertrag nach § 140a SGB V zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Niedersachsen teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag für Versicherte der AOK Niedersachsen informiert. 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. Ich habe die rückseitigen Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung und die Patienteninformation erhalten und zur Kenntnis genommen.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des Vertrages für Versicherte der AOK Niedersachsen umfassend informiert und stimme dieser mit meiner Unterschrift zu. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

- (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass die AOK Niedersachsen mich zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und befragen darf. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK Niedersachsen beauftragten Dienstleister erfolgen.
- (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine externe wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen.

III. Einwilligungserklärung zur allgemeinen Datennutzung

- (Falls ja, bitte ankreuzen*) Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Niedersachsen meine angegebenen Daten verarbeitet und verwendet, um mich über die Vorteile und Neuigkeiten der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschung durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.

* Diese Einwilligungen kann ich verweigern oder jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

--

Bitte das heutige Datum eintragen

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

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des Arztes (vom teilnehmenden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des oben genannten Vertrages gemäß § 140a SGB V erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

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

Unterschrift und Stempel Arzt

Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung

zur besonderen Versorgung zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie am oben genannten Vertrag teilnehmen möchten. Hierzu möchten wir Sie nun näher über Ihre Teilnahme informieren.

I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig und kostenlos.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Sie sind zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung bei der AOK Niedersachsen versichert und erklären Ihre Teilnahme schriftlich.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über folgende Punkte informiert wurden:

- Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift der Teilnahmeerklärung beim behandelnden Arzt.
- Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Niedersachsen widerrufen. **Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK – Die Gesundheitskasse Niedersachsen, UB Strukturierte Versorgung, Hans-Böckler-Allee 13, 30173 Hannover, E-Mail: Integrierte_Versorgung_Selektivvertraege@nds.aok.de.** Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK Niedersachsen oder von ihr beauftragte Dritte Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung.
- Die Einschreibung kann nur bei einem Arzt erfolgen.
- Die Behandlung nach diesem Vertrag kann nur bei teilnehmenden Vertragsärzten durchgeführt werden.
- Bei Nichtausübung des Widerrufsrechtes können Sie Ihre Teilnahme jederzeit durch formlose schriftliche Erklärung gegenüber der AOK Niedersachsen beenden. Die Teilnahme endet frühestens mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bei der AOK Niedersachsen. Sofern Sie einen anderen Termin bestimmen und dieser Termin nach dem Eingang der Erklärung bei der AOK Niedersachsen liegt, ist dieser Termin maßgebend.

Ihre Teilnahme endet ferner:

- wenn die Behandlung abgeschlossen ist,
- mit der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft/Versicherung bei der AOK Niedersachsen,
- bei Beendigung dieses Vertrages.

II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt.

Sie sind damit einverstanden, dass

- die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vom Arzt an die AOK Niedersachsen weitergeleitet und dort mindestens bis zum Ende des 2. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt wird. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- im Datenbestand der AOK Niedersachsen ein Merkmal gespeichert wird, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.
- Ihre Behandlungsdaten, medizinischen Befunde etc. zwischen dem behandelnden Arzt und den Kooperationspartnern ausgetauscht werden und im Zwecke der weiteren Therapie verwendet werden.

- die AOK Niedersachsen vom Vertragspartner die personenbezogenen Abrechnungsdaten erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.
- die AOK Niedersachsen bei Beendigung der Teilnahme den jeweiligen Vertragsarzt und/oder weitere Vertragspartner darüber informiert.

Was passiert bei der Evaluation?

- Ärzte und Wissenschaftler, die an der Entwicklung dieses Programms beteiligt sind, möchten eine wissenschaftliche Auswertung durchführen - die Evaluation.
- Bei Ihrer Behandlung werden von den beteiligten Leistungserbringern Daten erhoben, die auch für die Evaluation benötigt werden. Hierfür sind unter anderem Angaben zur Person (Alter, Geschlecht) und zum medizinischen Verlauf der Erkrankung (z. B. Notfälle) notwendig.
- Für die Evaluation werden die Daten nur pseudonymisiert weitergegeben. Die Ärzte, Wissenschaftler und Mitarbeiter, die diese Daten verarbeiten, können keine Rückschlüsse auf Ihre Identität ziehen.

Die Einwilligung gem. Abschnitt II über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages und die Einwilligungen zu „Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms“ der „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ und zur „allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten“ kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. **Der Widerruf ist zu richten an die AOK – Die Gesundheitskasse Niedersachsen, Strukturierte Versorgung, Hans-Böckler-Allee 13, 30173 Hannover, E-Mail:**

Integrierte_Versorgung_Selektivvertraege@nds.aok.de. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Der Widerruf der Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung der Daten im Rahmen des o. g. Vertrages hat zur Folge, dass meine Teilnahme am Vertrag endet. Der Widerruf in die Einwilligung zu „Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Programms“, der „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ und zur „allgemeinen Datennutzung über Vorteile und Neuigkeiten“ berührt die Teilnahme am Vertrag nicht.

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

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Patienteninformation

zur besonderen Versorgung zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie an diesem Programm zur besonderen Versorgung teilnehmen möchten. Das Versorgungsprogramm hat folgende wesentliche Inhalte:

- Aufklärung über die Besondere Versorgung und Beratung zu den Ergebnissen und sich ergebenden Möglichkeiten durch Ihren behandelnden Arzt am Zentrum für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin.
- Experten verschiedener Fachrichtungen werden Ihr Krankheitsbild diskutieren und ggf. einen Diagnoseverdacht stellen können sowie weitere zielgerichtete Diagnostik empfehlen.
- Wenn dieses Expertenpanel keinen Diagnoseverdacht stellen kann, wird es eine Untersuchung aller Gene (Exomsequenzierung) veranlassen, um nach Auffälligkeiten zu suchen.
- Dann erfolgt eine Übersendung der Blutproben an das teilnehmende Zentrum für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin.
- Die molekulargenetische Diagnostik erfolgt durch das besonders qualifizierte teilnehmende Zentrum für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin.
- Die Ergebnisse der molekulargenetischen Untersuchung aller Gene wird in dem Expertenpanel diskutiert und mit Ihren Symptomen abgeglichen.
- Das Expertenpanel wird ggf. Empfehlungen für die weitere Behandlung geben können.
- Information durch Ihren behandelnden Arzt am teilnehmenden Zentrum über die Ergebnisse sowie weitere Möglichkeiten der Versorgung nach der Molekulardiagnostik

Eine detaillierte Information zu den oben aufgeführten Inhalten erhalten Sie im Rahmen der Erläuterungen zur Teilnahme durch Ihren behandelnden Arzt im Zentrum für seltene Erkrankung und klinische Genommedizin.

Teilnahme:

Die Teilnahme ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Sofern Sie an der Besonderen Versorgung teilnehmen wollen, wird Ihre unterschriebene Teilnahme-Erklärung an Ihre Krankenkasse übermittelt. Die Teilnahme beginnt mit der Unterzeichnung der Teilnahme-Erklärung. Ihr Recht auf freie Arztwahl bleibt bestehen, ist jedoch für die vertragsgegenständliche Leistung auf das Zentrum für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin beschränkt. Die Einwilligung zur Datenerhebung in der Teilnahme-Erklärung ist Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung.

Datenschutz:

Bei jedem Bearbeitungsschritt im Rahmen dieser Besonderen Versorgung werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die seit Mai 2018 geltenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die des Sozialgesetzbuches (SGB) beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist zu jeder Zeit Ihrer Teilnahme und darüber hinaus gewährleistet. Bei allen an dieser Besonderen Versorgung beteiligten Akteuren haben nur speziell ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.

a) Daten bei Ihrem Arzt/beim Zentrum für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin

Vor Beginn der Behandlung werden Ihre personenbezogenen Daten (Angaben zur Person, zur Krankenkassenmitgliedschaft und zu den behandelnden Diagnosen) durch den behandelnden Arzt des teilnehmenden Zentrums erfasst. Diese und weitere versichertenbezogenen Daten zur Behandlung und Befundung (z. B. Krankheitsbild, Schwere der Erkrankung, Laborbefunde, Behandlung, Behandlungsdauer, Behandlungstage, Medikation) stehen dem beteiligten Zentrum für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin, das die molekulargenetische Diagnostik durchführt, und ihren behandelnden Ärzten am teilnehmenden Zentrum zur Verfügung. In die detaillierten Untersuchungs- und Behandlungsdaten, welche durch die Ärzte dokumentiert werden, hat Ihre Krankenkasse keinen Einblick.

Die erfassten Daten werden im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation dieser Besonderen Versorgung mit Ihrem schriftlichen Einverständnis gegenüber dem Zentrum für seltene Erkrankungen

und klinische Genommedizin in einer zentralen klinischen Datenbank pseudonymisiert gespeichert und verarbeitet. Die Datenbank dient dem Ziel, Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen genetischen Veränderungen und monogenetischen Erkrankungen zu erlangen und damit die Behandlung für die betroffenen Patienten zu verbessern. Einen Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten haben ausschließlich das beteiligte Zentrum, in dem Sie betreut werden bzw. durch das die molekulare Diagnostik erfolgt und Ihre behandelnden Ärzte am teilnehmenden Zentrum. Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist auch möglich, wenn Sie das Einverständnis zu dieser Erfassung und Verarbeitung nicht erteilen. Ihrer Krankenkasse stehen die daraus resultierenden Ergebnisberichte ausschließlich in anonymisierter Fassung zur Verfügung, sodass kein Rückschluss auf Ihre Identität möglich ist.

Für die Abrechnung der in dieser Besonderen Versorgung erbrachten Leistungen werden Ihre personenbezogenen Daten durch das beteiligte Zentrum für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin in verschlüsselter Form elektronisch an die Krankenkasse übermittelt. Bei diesen Daten handelt es sich um Angaben zu Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10, Leistungsziffern und ihr Wert.

Eine datenschutzkonforme Datenübermittlung durch die Leistungserbringer wird sichergestellt. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß den §§ 295, 295a, 301, 302 SGB V direkt zwischen dem beteiligten Zentrum als Leistungserbringer und Ihrer Krankenkasse. Für diese Datenübermittlung und -nutzung zur Leistungsabrechnung ist Ihr Einverständnis zwingend erforderlich. Wird dieses nicht erteilt, ist die Teilnahme an der Besonderen Versorgung nicht möglich.

Alle Angaben, die Sie im Rahmen der Besonderen Versorgung machen, sowie alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Sie können jederzeit Auskunft über die im Rahmen der Besonderen Versorgung zu Ihrer Person gespeicherten Daten bzw. Einsicht in Ihre Behandlungsakte in der zentralen klinischen Datenbank erhalten. Bitte wenden Sie sich dazu an Ihren behandelnden Arzt im teilnehmenden Zentrum.

b) Daten bei Ihrer Krankenkasse

Durch die Besondere Versorgung möchte Ihre Krankenkasse Ihnen gemeinsam mit dem Vertragspartner dieses Versorgungsangebotes eine bessere Versorgung anbieten. Zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung der Versorgung durch dieses Programm nutzt Ihre 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 hierfür erforderlichen Daten werden in pseudonymisierter Form übermittelt und ausgewertet, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Die Daten bei Ihrer Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr. 13 SGB V in Verbindung mit § 140a SGB V erhoben und gespeichert. Ihre Krankenkasse ist für diese Datenverarbeitung verantwortlich. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein. 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.

Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben, haben Sie das Recht, Ihre Beschwerde bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und

Informationsfreiheit einzureichen. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse oder deren Datenschutzbeauftragten.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

www.aok.de/pk/datenschutzrechte

c) Wissenschaftliche Begleitung/Auswertung durch einen Sachverständigen

Um den Datenschutz im Falle einer wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung sicherzustellen, wird vor der Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person die auszuwertenden Daten gehören – die Daten werden pseudonymisiert, wenn möglich anonymisiert, verarbeitet. Die wissenschaftliche Auswertung überprüft, ob und wie die Versorgung von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob und wie sich die Besondere Versorgung auf die Qualität und Wirksamkeit der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen. Die Dauer der Speicherung entspricht auch hier den gesetzlichen Vorschriften.

Für die Verwendung Ihrer Daten im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung in pseudonymisierter Form erfolgt eine gesonderte Einwilligung. Sie haben zudem das Recht, die Einwilligung in diese Datenerhebung, -nutzung und -speicherung zu verweigern oder für die Zukunft zu widerrufen. Eine Teilnahme am Besonderen Versorgungsprogramm ist in diesem Fall dennoch möglich und hat keine Nachteile für Ihre Behandlung.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Ihre

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen