

Die Teilnahmeerklärung bitte an den Dienstleister der AOK Baden-Württemberg per Post
oder Telefax übersenden. Adresse:

DAVASO GmbH
Abt. DMP-BW (Venentherapie)
Postfach 50 07 51
04304 Leipzig

Telefax 0341 259 2022

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



Teilnahmeerklärung für die Besondere Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie

VT001

Ich erkläre hiermit, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über diesen Vertrag informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und die beteiligten Stellen benannt wurden.
- ich informiert wurde, dass
 - meine Teilnahme an diesem Vertrag grundsätzlich 12 Monate nach Teilnahmebeginn und bis zum Behandlungsabschluss gilt,
 - eine separate Kündigung durch mich nach erfolgter Behandlung nicht mehr notwendig ist,
 - **ich die Teilnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Abgabe dieser Teilnahmeerklärung und vor Durchführung der Behandlung ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK.**
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK Baden-Württemberg informiere, da ggf. die Teilnahme an diesem Vertrag nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit dem Ende meiner Mitgliedschaft bei der AOK Baden-Württemberg der Ausschluss aus diesem Vertrag erfolgt.
- die Teilnahme an diesem Vertrag - vorbehaltlich der Prüfung der Teilnahmebedingungen - mit sofortiger Wirkung erfolgt.
- meine Daten im Rahmen dieses Vertrages auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei Beendigung meiner Vertragsteilnahme gelöscht werden, soweit diese für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme an diesem Vertrag.

Ja, ich möchte an diesem Integrierten Versorgungsvertrag im Bereich der ambulanten Venentherapie teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme **einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung** einverstanden.

Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten bzw. meiner Kontaktdaten erteile.

Ja, ich wurde vom Leistungserbringer über die verschiedenen Therapiemöglichkeiten aufgeklärt.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TT	MM	JJJ					

Stempel und Unterschrift des Arztes

Merkblatt

Vertrag zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie

Allgemeines

Im Fokus dieser ärztlichen Versorgung steht die Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der ambulanten Venentherapie. Ziel des Vertrages ist es, den Versicherten der AOK Baden-Württemberg die Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Behandlung von Varizen zu ermöglichen und dadurch nicht notwendige stationäre Leistungen einzusparen.

An diesem Vertrag können alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg teilnehmen, bei denen eine im Vertrag vereinbarte Indikation vorliegt. Ihre Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile im Rahmen Ihrer Versicherung bei der AOK, wenn Sie nicht teilnehmen. Bitte beachten Sie, dass die Vertragsteilnahme bis zum Ende der vertraglichen Leistungen verbindlich ist.

Ihre Teilnahme endet grundsätzlich nach 12 Monaten (nach Teilnahmebeginn) und nachdem alle vertraglichen Leistungen erbracht wurden. Eine separate Kündigung durch Sie ist nach erfolgter Behandlung nicht mehr notwendig. Ihre Vertragsteilnahme endet ebenfalls durch einen Krankenkassenwechsel oder durch Beendigung des Vertrages zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie.

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung unterzeichnen Sie beim Leistungserbringer, womit grundsätzlich Ihre Teilnahme an diesem Vertrag beginnt.

Der Leistungserbringer händigt Ihnen eine Kopie der Teilnahmeerklärung aus.

Versichertenklärung

Die teilnehmenden Ärzte erläutern Ihnen in einem Gespräch Ihre persönliche Krankheitssituation, den Krankheitsverlauf und die entsprechenden Therapiealternativen.

Widerruf der Teilnahme

Sie können Ihre Teilnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach deren Abgabe und vor Durchführung der Behandlung ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Bitte richten Sie Ihren Widerruf an:

AOK Baden-Württemberg
Hauptverwaltung
Referat Ärztliche Versorgung
Presselstraße 19
70191 Stuttgart.

Einwilligung Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung durch die AOK und ihre Vertragspartner geregelt. Hinzu kommt die Einwilligung in die Übermittlung der Abrechnungsdaten in pseudonymisierter Form (d.h. dass kein Bezug zu Ihrer Person herstellbar ist) für die Durchführung der Qualitätssicherung. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung.

Versichertenbefragung

Für die AOK ist es wichtig, Ihre Meinung zu diesem Integrierten Versorgungsvertrag zu erfahren. Nur so ist es möglich, Ihre Wünsche und Erfahrungen in die Verbesserung der Versorgungsverträge einzubringen. Zu diesem Zwecke werden Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) ggf. an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut übermittelt, damit dieses Sie über Ihre Zufriedenheit befragen kann. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig. Vor einer potentiellen Befragung werden Sie schriftlich informiert und können einem Anruf innerhalb von zwei Wochen widersprechen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (behandelnde Haus- und Fachärzte, Therapeuten) notwendig. Durch Unterzeichnung der Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Informationen über Ihre Teilnahme an diesem Vertrag sowie ärztliche Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte, Therapeuten und anderen Leistungserbringer von ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der ärztlichen Befunde sowie die Weiterleitung an die AOK Baden-Württemberg und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Datenübermittlung

Durch Erklärung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag speichert die AOK Baden-Württemberg ein Merkmal in der Versichertendatenbank. Der Leistungserbringer übermittelt der AOK Baden-Württemberg nach Ihrem Behandlungsende Daten wie Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr.), Diagnoseschlüssel sowie Abrechnungs- und Verordnungsdaten zu Abrechnungszwecken.

Qualitätssicherungsdaten und wissenschaftliche Studien

Aus allen abgerechneten Behandlungsfällen (in einem Kalenderjahr) wird eine Stichprobe gezogen und diese auf Einhaltung der vereinbarten Indikationen geprüft. Diese Daten werden pseudonymisiert.

Sollten Ihre Behandlungsdaten durch ein unabhängiges Forschungsinstitut wissenschaftlich bewertet werden, ist sichergestellt, dass diese Daten nur pseudonymisiert und fallbezogen weitergeleitet werden. Ein Bezug zu Ihrer Person ist ausgeschlossen. Die komplett anonymisierten Gesamtergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden anschließend (z. B. in der Mitgliederzeitschrift) veröffentlicht oder dienen der Kontrolle von Qualitätsindikatoren. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Integrierten Versorgungsvertrag erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme.

Schweigepflicht und Datenlöschung

In diesem Integrierten Versorgungsvertrag ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen beim Leistungserbringer finden die Regelungen zu den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen und Aufbewahrungsfristen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch zehn Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag.

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 des Vertrages zur Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie (nachfolgend „IV-Vertrag Venentherapie“) zwischen der AOK Baden-Württemberg, und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg:

AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
Telefon: 0711 2593-0
E-Mail: info@bw.aok.de

2. Namen und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte

Simone Szabo

AOK Baden-Württemberg
Hauptverwaltung
Simone Szabo
Datenschutzbeauftragte
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
Telefon: 0711 2593-573
Fax: 0711 259391-573
E-Mail: HV.Datenschutz-Team@bw.aok.de

3. Welche Daten werden innerhalb des IV-Vertrages Venentherapie verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am IV-Vertrag Venentherapie werden folgende Daten vom Leistungserbringer verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus

Diese Daten werden elektronisch an die AOK Baden-Württemberg übermittelt. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die Teilnahme am IV-Vertrag Venentherapie nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt. Die Teilnahme am IV-Vertrag Venentherapie ist somit an die Einwilligung in die Datenverarbeitung gekoppelt.

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des IV-Vertrages Venentherapie werden folgende Daten vom Leistungserbringer für die AOK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs.
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu.

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern,

- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information,
- Verordnungsdaten.

Zur Abrechnung der Leistung übermittelt der Leistungserbringer die vorgenannten Daten an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Rechtsgrundlage: § 295 Abs. 1 SGB V.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem Leistungserbringer ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertraglichen Leistungen. Die Verarbeitung bei der AOK erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des IV-Vertrages Venentherapie (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Zur Durchführung des IV-Vertrages Venentherapie kann ggf. auch eine Zufriedenheitsbefragung der teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden. Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 1 dieses Merkblattes.

5. Wie lange werden die Daten gespeichert?

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 dem IV-Vertrag Venentherapie gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am IV-Vertrag Venentherapie.

6. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart

Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15
E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Stand: April 2018