Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

☐ Ersteinschreibung

☐ Arztwechsel

030AH **Krankenhaus-IK**

Exemplar für die Datenstelle

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass ich darüber informiert bin, dass mir auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden (bei einem Arztwechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich),
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle:

Name des koordinierenden Arztes oder Krankenhauses: | Praxisanschrift: Straße/Nr: | PLZ, Ort:

2. Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigefügt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse oder einen von dieser beauftragten Dritten weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung sowie ggf. mit meinen pseudonymisierten Angaben aus dem o. g. Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter 1. an dem Programm teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich bin mit der unter 2. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zur Bestätigung der Erklärungen unter 1. und 2.:

- vom koordinierenden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des koordinierenden Arztes:

Stempel:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

☐ Ersteinschreibung

☐ Arztwechsel

030AH

Krankenhaus-IK

Exemplar für den Arzt

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass ich darüber informiert bin, dass mir auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden (bei einem Arztwechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich),
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle:

Name des koordinierenden Arztes oder Krankenhauses: | Praxisanschrift: Straße/Nr: | PLZ, Ort:

2. Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigefügt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse oder einen von dieser beauftragten Dritten weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung sowie ggf. mit meinen pseudonymisierten Angaben aus dem o. g. Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter 1. an dem Programm teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich bin mit der unter 2. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zur Bestätigung der Erklärungen unter 1. und 2.:

- vom koordinierenden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Stempel:

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des koordinierenden Arztes:

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

Erklärung Koronare Herzkrankheit

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit

☐ Ersteinschreibung

☐ Arztwechsel

030AH **Krankenhaus-IK**

Exemplar für den Patienten

Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig)

Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig)

Fax-Nr. (Angabe freiwillig)

E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)

1. Teilnahmeerklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Hiermit erkläre ich,

- dass mich mein koordinierender Arzt bzw. meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse ausführlich über die Programminhalte, die Versorgungsziele des Programms sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation erhalten und kenne sie,
- dass ich darüber informiert bin, dass mir auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer von meiner Krankenkasse zur Verfügung gestellt werden,
- dass mir bekannt ist, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, und mir auch bekannt ist, wann meine Teilnahme an dem Programm, beispielsweise aufgrund meiner Kündigung oder der fehlenden Mitwirkung, beendet wird,
- dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme am Programm hingewiesen wurde und darauf, dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen kann. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher,
- dass ich über die Aufgaben des Arztes informiert wurde. Die Auswahl meines Arztes ist Voraussetzung für die Programmteilnahme und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen geändert werden (bei einem Arztwechsel ist eine erneute Teilnahmeerklärung erforderlich),
- dass ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle:

Name des koordinierenden Arztes oder Krankenhauses: | Praxisanschrift: Straße/Nr: | PLZ, Ort:

2. Einwilligungserklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die vom Gesetzgeber vorgegebene und im Merkblatt zum Datenschutz (diesem Formular beigefügt) beschriebene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von genau bestimmten Daten (standardisierte Dokumentationsbögen) habe ich zur Kenntnis genommen. Insbesondere ist mir bekannt,

- dass die Erhebung von medizinischen Daten sowie Daten zum Behandlungsverlauf regelmäßig durch meinen koordinierenden Arzt erfolgt, ich eine Ausfertigung bzw. einen Ausdruck der übermittelten Daten erhalte und ich mit dieser Erklärung in die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Daten einwillige (siehe Rückseite),
- dass diese Daten neben meiner Teilnahmeerklärung unter Beachtung des Datenschutzes an eine Datenstelle (siehe Rückseite) gesendet, dort erfasst, aufbereitet, teilweise pseudonymisiert und wie im Folgenden beschrieben weitergeleitet werden können. Mein Name und alle weiteren Merkmale, über die es möglich wäre, diese Daten meiner Person zuzuordnen, werden bei der Pseudonymisierung durch ein Kennzeichen ersetzt und nur in Verbindung mit diesem Kennzeichen gespeichert,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen und gesondert gekennzeichneten Daten versichertenbezogen an meine Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information genutzt werden,
- dass im Fall einer Programmteilnahme außerhalb des Geltungsbereichs meiner Krankenkasse die o. g. Daten gegebenenfalls an die von meiner Krankenkasse beauftragte Krankenkasse oder einen von dieser beauftragten Dritten weitergeleitet und von dieser ebenfalls unter Wahrung des Datenschutzes ausgewertet und zum Zwecke meiner persönlichen Information im Programm genutzt werden,
- dass mir meine oder die mich im Programm betreuende Krankenkasse einen Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusenden kann,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von der Gemeinsamen Einrichtung (siehe Rückseite) genutzt werden,
- dass die von meinem koordinierenden Arzt erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für eine Analyse an ein wissenschaftliches Institut (siehe Rückseite) weitergeleitet und dort mit ebenfalls pseudonymisierten Leistungs- und Abrechnungsdaten meiner Krankenkasse sowie der Kassenärztlichen Vereinigung sowie ggf. mit meinen pseudonymisierten Angaben aus dem o. g. Evaluationsbogen zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit zusammengeführt werden,
- dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mit Zugang des Widerrufs bei der Krankenkasse der Austritt aus dem Programm verbunden ist,
- dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter 1. an dem Programm teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich bin mit der unter 2. beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zur Bestätigung der Erklärungen unter 1. und 2.:

- vom koordinierenden Arzt oder Krankenhausarzt auszufüllen -

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift des koordinierenden Arztes:

Stempel:

Erläuterung zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?
Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Versicherte, die an einer oder mehreren bestimmten chronischen Erkrankungen leiden.

Die Behandlungsprogramme basieren auf gesetzlichen Grundlagen, die gemeinsam von Ärzten, Wissenschaftlern und Krankenkassen im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erarbeitet wurden. Sie werden eventuell erleben, dass Ihr Arzt aufgrund der Programme häufiger einen anderen Kollegen für Ihre Behandlung zu Rate zieht oder bestimmte Werte öfter überprüft, als es in der Vergangenheit vielleicht geschehen ist.

Außerdem bieten die Programme Schulungen für Sie an. Hier lernen Sie, so mit Ihrer Erkrankung/Ihren Erkrankungen umzugehen, dass Ihre Lebensqualität so wenig wie möglich eingeschränkt wird. Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Aufgabe zur Durchführung dieser Programme übertragen. Das heißt, sie müssen sicherstellen, dass das jeweilige Programm mit all seinen Inhalten korrekt durchgeführt wird. Daher benötigt die Krankenkasse einen Teil der personenbezogenen Daten, die Ihr Arzt im Rahmen des Betreuungsprogramms von Ihnen erhebt.

Außerdem werden zur Überprüfung der Wirksamkeit und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Programme krankheitsbezogene Daten erhoben und extern wissenschaftlich ausgewertet.

Zu dieser wissenschaftlichen Begleitung gehört auch, dass die Qualität der Programme bewertet wird, indem ein zufällig ausgewählter Teil der eingeschriebenen Versicherten persönlich zu Lebensqualität und Zufriedenheit befragt wird.

Warum sollten Sie an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen?
Diese Programme stellen sicher, dass Sie nach neuesten medizinisch wissenschaftlichen Erkenntnissen versorgt werden und die Zusammenarbeit der Ärzte optimiert wird. Mit diesen strukturierten Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Teilnahme an einem/mehreren Programm/en ist **freiwillig** und kostenfrei. Die Teilnahme ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

Was passiert mit den krankheitsbezogenen Daten?
Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung willigen Sie ein, dass die erforderlichen Daten mit Personenbezug von Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle weitergegeben werden. Ein Teil der Daten wird von dieser Datenstelle an Ihre Krankenkasse oder an einen durch sie beauftragten Dritten (z. B. Dienstleister) übermittelt, ein anderer Teil an die Kassenärztliche Vereinigung und an eine Gemeinsame Einrichtung, die von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung zur Qualitätssicherung gegründet wurde.
Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie gegebenenfalls von der Krankenkasse in dieser Region im Programm betreut und die Daten von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

Die in diesen Programmen erfassten Informationen werden zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet. Um den Datenschutz sicherzustellen, wird vor dieser Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören – die Daten werden mit verschlüsselten Nummern versehen (pseudonymisiert). Die wissenschaftliche Auswertung überprüft, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es sich auf die Qualität der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.

Wohin werden die Daten weitergeleitet?

Ihr Arzt
Die das Programm betreffenden Daten leitet Ihr Arzt in Form standardisierter Dokumentationen an die Datenstelle weiter. Damit Ihr Arzt Ihre Daten weiterleiten darf, benötigt er von Ihnen eine einmalige schriftliche Einwilligung. Um zu wissen, welche Daten Ihr Arzt weiterleitet, erhalten Sie eine Kopie oder einen Ausdruck der Dokumentation. Die Daten, die an die Krankenkassen weitergeleitet werden, sind zudem gesondert gekennzeichnet.

Die beauftragte Datenstelle
Die Datenstelle wird durch Ihren Arzt über die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung beauftragt. Sie prüft die Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie die fristgerechte Erstellung und Übermittlung und leitet die Daten an die Krankenkasse, die Kassenärztliche Vereinigung bzw. an die Gemeinsame Einrichtung weiter.

Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass unter Beachtung strenger Sicherheitsvorschriften nur speziell für das Programm ausgewählte und dafür besonders geschulte Mitarbeiter Zugang zu den Daten haben.

Ihre Krankenkasse
Die Krankenkasse führt in ihrem Datenzentrum für strukturierte Behandlungsprogramme die von Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z.B. Krankenhausdaten) zusammen. Die Krankenkasse nutzt diese Daten für Ihre individuelle Beratung, z.B. erhalten Sie gezielte Informationsmaterialien. Zu ihrer Unterstützung kann die Krankenkasse hierfür auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) einbinden oder beauftragen.

Das Datenzentrum Ihrer Krankenkasse sowie mögliche Dienstleister behandeln Ihre Daten vertraulich, sie sind nur speziell für das Programm ausgewählte und dafür besonders geschulten Krankenkassenmitarbeitern zugänglich.

Eine externe Institution wird mit der wissenschaftlichen Bewertung (Evaluation) des jeweiligen Programms beauftragt. Die Evaluation beinhaltet auch eine Untersuchung der subjektiven Lebensqualität und Zufriedenheit der Teilnehmer.

Falls Sie zu den Teilnehmern gehören, die vom evaluierenden Institut zu Lebensqualität und Zufriedenheit befragt werden sollen, wird die Krankenkasse Ihnen die Bögen zusenden.

Die Gemeinsame Einrichtung
Die Gemeinsame Einrichtung erhält ausschließlich pseudonymisierte Daten, also Daten ohne Bezug zu Ihrer Person. Die Daten aller teilnehmenden Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob die Durchführung des Behandlungsprogramms die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Für diese wissenschaftliche Auswertung werden nur pseudonymisierte Daten, also Daten ohne Bezug auf Personen, verwendet. Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

Zudem werden die Daten aus der Gemeinsamen Einrichtung sowie aus dem DMP-Datenzentrum der Krankenkassen bzw. von einem durch diese beauftragten Dritten für strukturierte Behandlungsprogramme von einem externen Institut in pseudonymisierter Form ausgewertet. Diese Ergebnisse werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

01.10.05 (Koronare Herzkrankheit)