

Anlage 3.1 – Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag STATAMED nach § 140a SGB V

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

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der besonderen Versorgung 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

Stempel der einschreibenden Stelle

Unterschrift der einschreibenden Stelle

1. Informationen zur Durchführung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig. Wenn Sie sich zu der Teilnahme entscheiden, sind Sie ab dem Zeitpunkt Ihrer Unterschrift für die Dauer der Interventionsphase an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Die Interventionsphase ist aktuell für die Dauer von 24 Monaten ab dem 01.04.2024 vorgesehen, kann aber im Projektverlauf verlängert werden. Sie können Ihre Teilnahme jedoch mit Wirkung zum Quartalsende bei Ihrer Krankenkasse kündigen. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxissschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich.

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen oder sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

Ihre Teilnahme ist zudem ausgeschlossen, wenn Sie bereits wegen der gleichen Indikation an einem anderen Vertrag zur besonderen Versorgung oder Modellvorhaben bzw. Innovationsfondsprojekt der Krankenkasse teilnehmen, die die gleiche Zielsetzung und die gleichen Leistungen enthalten.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde, mir die "Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz" meiner Krankenkasse zu diesem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich auch mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zur meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung einverstanden bin.
- ich insbesondere weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- ich meinen behandelnden Leistungserbringer über einen Kassenwechsel informieren werde.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

3. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung und zur wissenschaftlichen Evaluation zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an STATAMED teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.
- ich weiß, dass ich unabhängig von der Widerrufsmöglichkeit entsprechend Punkt 2 meine Teilnahme zum Quartalsende oder fristlos aus wichtigem Grund kündigen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung nach Ablauf der gesetzlichen Fristen gelöscht werden.
- ich weiß, dass die in der „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ beschriebene Datenverarbeitung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung freiwillig ist und ich diese jederzeit für die Zukunft bei meiner Krankenkasse widerrufen kann (Widerrufsrecht nach Art. 7 Abs. 3 DSGVO), der Widerruf aber zu einer sofortigen Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung führt.

Ja, ich habe die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an STATAMED teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihr Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) zwischen den Abrechnungsstellen ausgetauscht werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Bei den Abrechnungsstellen handelt es sich um beteiligte Ärzte, Krankenhäuser, die AOK Rheinland/Hamburg sowie externe Abrechnungsdienstleister. Selbstverständlich sind auch externe Abrechnungsdienstleister (gemäß DSGVO und BDSG) zur Verschwiegenheit und zur Zweckbindung der Datenverwendung sowie zum Datenschutz und zu Datensicherheitsmaßnahmen verpflichtet.

Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass meine im Projekt erhobenen Daten aus der Patientendatei sowie Routinedaten meiner Krankenkasse zu Evaluations- und Forschungszwecken anonymisiert oder pseudonymisiert an die Vertrauensstelle sowie die wissenschaftlichen Institute übermittelt werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

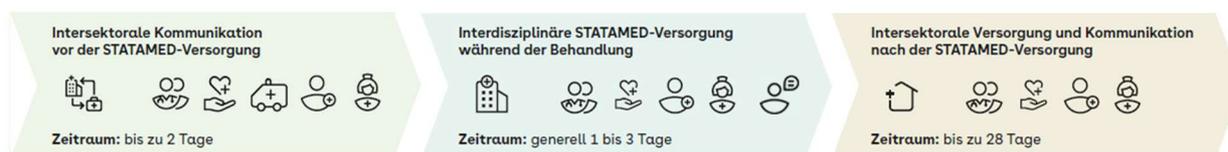


Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz an der besonderen Versorgungsform STATAMED

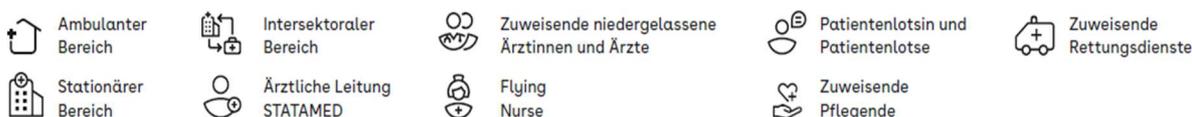
Inhalte, Ziele und Leistungen des Versorgungsvertrages

Die innovative Versorgung STATAMED, überwindet die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und Sie profitieren von wenigen Ortswechseln, einer vernetzten Versorgung und von telemedizinischen Behandlungen. Durch eine gezielte und geplante kurzstationäre Behandlung sowie eine zügige Entlassung wird so sichergestellt, dass Sie so schnell es geht wieder in ihr gewohntes Wohnumfeld kommen. Zusätzlich wird der langfristige Behandlungserfolg durch die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen und durch eine Nachsorge in Ihrem häuslichen Umfeld ermöglicht. Hierdurch verringert sich Ihr Risiko, erneut eine Klinik aufsuchen zu müssen. Unsere Partner BürgerGesundheitsPark Bad Gandersheim, Klinikum Groß-Sand, Stadtteilklinik Hamburg, Krankenhaus Sulingen, Ubbo-Emmius-Klinik Norden und das Gesundheitszentrum St. Vincenz stehen für eine qualitätsgesicherte medizinische Versorgung.

In STATAMED übernehmen erfahrene Ärztinnen und Ärzte, Flying Nurses und Patientenlotsen in Kooperation mit Ihren Haus- und Fachärzten Ihre Versorgung. Die folgenden Grafiken stellen den Ablauf dar.



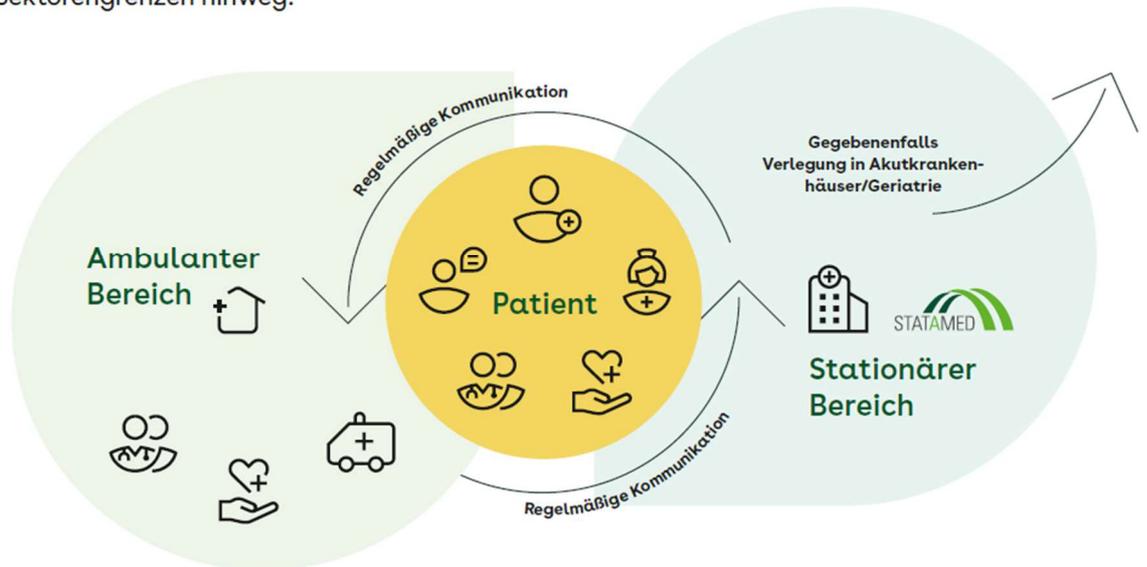
Legende:



Die Versorgung beginnt bei akuten Beschwerden im Regelfall durch eine Kontaktaufnahme mit Ihrem Hausarzt und Ihrer Hausärztin. Es ist jedoch auch möglich, dass diese über den Rettungsdienst, ambulante Pflegedienste oder Pflegeheime erfolgt. Die leitenden STATAMED Ärzte und die Flying Nurse stehen in engem Kontakt mit den einweisenden Stellen. Gegebenenfalls werden Sie von der Flying Nurse, einer telemedizinisch ausgestatteten, mobilen Pflegekraft in Ihrem häuslichen Umfeld besucht und untersucht. Der leitende Arzt kann hierbei digital zugeschaltet werden und die weiteren Behandlungsschritte werden festgelegt. Sobald Sie in der STATAMED Klinik aufgenommen werden, erfolgt eine Behandlung durch die leitenden STATAMED Ärzte und Sie werden von einem Patientenlotsen empfangen. Der Patientenlotse steht für Sie als Ansprechpartner zur Verfügung, vernetzt sich mit allen an der Behandlung beteiligten bzw. benötigten regionalen Berufsgruppen (an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Haus- und Fachärzte, Pflegekräfte, MFAs, Therapeuten, Heilmittelerbringer, Geriatrische Kliniken bzw.

Tageskliniken, Rehabilitationseinrichtungen) und Kostenträgern, um den Behandlungserfolg über die Entlassung hinaus sicherzustellen. Unterstützt wird dieser Prozess durch die Flying Nurse, welche bis zu vier Wochen lang nach Entlassung bei Ihnen vor Ort Tätigkeiten übernehmen kann, um den Behandlungserfolg zu sichern und Wiedereinweisungen zu vermeiden. Inwiefern die Flying Nurse eingesetzt wird, erfolgt in Absprache mit Ihrem behandelnden Haus- oder Facharzt. Hierzu erfolgt eine kontinuierliche Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitsnetzes.

Kontinuierliche patientenzentrierte Kommunikation über die Sektorengrenzen hinweg:



Bei STATAMED handelt es sich um ein durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördertes Innovationsfonds-Projekt einer neuen Versorgungsform. Im Rahmen des STATAMED-Projekts muss daher eine wissenschaftliche Untersuchung erfolgen. Es soll eine umfassende Bewertung (Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Akzeptanz) der neuen bedarfsorientierten und zielgerichteten neuen Versorgungsform überprüft werden. Bei positiven Ergebnissen kann eventuell STATAMED als regelhaftes und dauerhaftes Angebot den Versicherten in die Gesundheitsversorgung in Deutschland aufgenommen werden. Die Ethikkommission der Universität Hamburg und die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover haben die wissenschaftliche Evaluation zustimmend bewertet.

Die wissenschaftliche Bewertung und wissenschaftliche Projektbegleitung wird von den folgenden Institutionen durchgeführt:

Externe Evaluation:

- Hamburg Center for Health Economics (HCHE), Universität Hamburg: Summative Evaluation, formative Evaluation, gesundheitsökonomische Evaluation und SEIA.
Adresse: Hamburg Center for Health Economics (HCHE) Esplanade 36 20354 Hamburg
E-Mail: evaluation-statamed.hche@uni-hamburg.de
- Medizinische Hochschule Hannover, MHH - Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin: Formative Evaluation und qualitative Prozessevaluation Medizinische Hochschule Hannover, MHH -
Adresse: Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Telefon: +49 511 532-4997 E-Mail: statamed@mh-hannover.de

Wissenschaftliche Projektbegleitung

- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf: Qualitätssicherung und Operationalisierung des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, Adresse: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
- Institute for Health Care Business GmbH (hcb): Wirtschaftliche Bewertung und Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Überführung in die Regelversorgung Adresse: Institute for Health Care Business GmbH, Friedrich-Ebert-Straße 55, 45127 Essen, E-Mail: info@hcb-institute.de

Zeitraum der Teilnahme

Ihre Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. **Ab diesem Zeitpunkt sind Sie für die Dauer der Interventionsphase an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Die Interventionsphase ist aktuell für die Dauer von 24 Monaten ab dem 01.04.2024 vorgesehen, kann aber im Projektverlauf verlängert werden.** Die Teilnahme kann mit Wirkung zum Quartalsende gekündigt werden. Die Teilnahme endet außerdem mit Ihrem Wechsel zu einer nicht an dem Vertrag beteiligten Krankenkasse oder eines nicht am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringers. In diesem Fall ist es wichtig Ihre derzeitige Krankenkasse sowie ggfs. Ihren Patientenlotsen über Ihren Krankenkassenwechsel zu informieren. Die Teilnahme endet ebenfalls mit dem Ausscheiden Ihrer Krankenkasse bzw. des Behandlers aus diesem Vertrag. Darüber hinaus endet Ihre Teilnahme auch, sofern Sie Ihre Teilnahme oder Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung widerrufen oder wenn Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen.

Ein Widerruf bzw. eine Kündigung ist an Ihre Krankenkasse zu richten.

Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg richten diese an AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse Bereich Gesundheitsmanagement, Abteilung Versorgungsinnovation, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf

Versicherte der AOK Niedersachsen richten diese an AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, Unternehmensbereich Strukturierte Versorgung, Hans-Böckler-Allee 13, 30173 Hannover.

Mitwirkungspflicht und Folgen fehlender Mitwirkung

Nachdem Sie Ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung erklärt haben, binden Sie sich für den Zeitraum der Interventionsphase an Ihre Teilnahme. Die Interventionsphase ist aktuell für einen Zeitraum von 24 Monaten ab dem 01.04.2024 vorgesehen, kann aber im Projektverlauf verlängert werden. In jedem akuten Leistungsfall erfolgt eine erneute Bewertung, ob eine Behandlung im Rahmen von STATAMED möglich ist. Sofern nach Ihrer Entlassung Hausbesuche durch die Flying Nurse mit Ihnen vereinbart werden, sind Sie dazu verpflichtet abgestimmte Termine einzuhalten bzw. diese bei Verhinderung rechtzeitig zu informieren. Ein weiterer Bestandteil der Teilnahme am Projekt ist die Beantwortung von Fragebögen. Darüber hinaus informieren Sie Ihre derzeitige Krankenkasse sowie Ihren Patientenlotsen bitte über einen Krankenkassenwechsel. Wiederholte Verstöße gegen diese Mitwirkungspflichten können zum Ausschluss vom Vertrag führen.

Abrechnung von Behandlungsleistungen

Für die Teilnahme an STATAMED entstehen Ihnen keine Kosten. Zum Zweck der Abrechnung werden Ihre Teilnahmedaten an die AOK Rheinland/Hamburg übermittelt, welche die Fördermittel geltend macht. Aus diesem Grund werden auch Abrechnungsdaten zu den Behandlungsleistungen von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und den an STATAMED teilnehmenden Kliniken an die AOK Rheinland/Hamburg weitergegeben.

Datenschutz

Welche Daten werden von Ihnen benötigt?

Die Kooperation zwischen Ihrer Krankenkasse und den weiteren Vertragspartnern, z. B. Ärzten und Krankenhäusern, ermöglicht eine Abstimmung der einzelnen Behandlungsprozesse, um einen reibungslosen Ablauf und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu garantieren. Hierfür ist die nachfolgend beschriebene Datenverarbeitung erforderlich und eine Voraussetzung für Ihre Teilnahme. Es werden nur personenbezogene Daten erhoben, die für die rechtmäßige Prozessabwicklung zwingend erforderlich sind. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden die gesetzlichen Datenschutzvorschriften - insbesondere die Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die des Sozialgesetzbuchs (SGB) - beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.

Daten bei unseren Vertragspartnern

Für die Durchführung des Behandlungsvertrages bzw. Ihrer Teilnahme an STATAMED werden personenbezogene Gesundheitsdaten durch die Leistungserbringer erhoben und verarbeitet. Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (bspw. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihren behandelnden Leistungserbringern in der STATAMED-Einrichtung vorhanden sind, werden (abgesehen von der datenschutzkonformen Abrechnung) nur von den Vertragspartnern und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die von der STATAMED-Einrichtung gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Ihre Krankenkasse erhält keine Befunddaten. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die jeweilige STATAMED-Einrichtung. Bei Fragen zu dieser Datenverarbeitung wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Leistungserbringer.

Es ist vorgesehen, dass die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form, d. h. ohne Namensnennung, sondern codiert (z. B. zufällige Zahlen-/Buchstabenkombination), so dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist, zu Zwecken der wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung zur Verbesserung der Versorgungssituation der gesetzlich Krankenversicherten durch die Vertragspartner an die beauftragte Vertrauensstelle übermittelt werden. Die Vertrauensstelle ist beauftragt die erhobenen Daten den wissenschaftlich evaluierenden Institutionen (s.o.) für die Auswertung zur Bewertung der neuen Versorgungsform STATAMED zu übermitteln. Die Verwendung von pseudonymisierten Daten ist für die wissenschaftliche Begleitung/Auswertung der Komponenten der STATAMED-Versorgung unumgänglich. Sie werden ausschließlich zur Erfolgskontrolle des Versorgungsprogramms STATAMED und wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung gestellt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ist ebenfalls Vertragspartner im Projekt und bindet die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ein. Im Rahmen des Projekts wird Ihre Teilnahme sowie erfolgte Behandlungsleistungen und Abrechnungen erfasst und pseudonymisiert für die wissenschaftliche Begleitung/Auswertung genutzt. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ist verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten.

Daten bei Ihrer Krankenkasse

Ihre Krankenkasse erhält aus dem Versorgungsangebot lediglich die Information über Ihre Teilnahme und über erhaltene Leistungen im Rahmen der besonderen Versorgung. Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verb. mit § 140a SGB V verarbeitet und im Rahmen weiterer gesetzlicher Aufgaben, wie z. B. der Abrechnungsprüfung genutzt. 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.

In Bezug auf den Datenschutz haben Sie folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht, Ihre Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund Ihrer Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird davon nicht berührt.

Ansprechpartner bei Fragen zum Projekt, der Datenverarbeitung oder zum Datenschutz:

Bei Fragen zum Projekt können Sie sich jederzeit an Ihre behandelnden Leistungserbringer oder Ihre Krankenkasse wenden. Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg nutzen zur Kontaktaufnahme die E-Mail-Adresse statamed@rh.aok.de. Versicherte der AOK Niedersachsen können sich über die E-Mail-Adresse StatAMed@nds.aok.de an ihre Krankenkasse wenden.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten haben, haben Sie das Recht, Ihre Beschwerde bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf, poststelle@ldi.nrw.de, der datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde der AOK Rheinland/Hamburg, einzureichen. Bei Fragen wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse oder deren Datenschutzbeauftragten, für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, datenschutz@rh.aok.de.

Teilnehmer in Niedersachsen können sich an den Landesbeauftragten für den Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30519 Hannover wenden. Bei Fragen sehen Sie auch der Datenschutzbeauftragte der AOK Niedersachsen, Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover, Datenschutz@nds.aok.de als Ansprechpartner zur Verfügung.

Bei Fragen zu der wissenschaftlichen Evaluation wenden Sie sich bitte an die obenstehenden Institute.

Wissenschaftliche Auswertung/Evaluation

Zur wissenschaftlichen Auswertung des Versorgungsprogramms übermittelt Ihre Krankenkasse Ihre bereits gespeicherten Daten (Stammdaten, 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, ggf. im Rahmen einer Teilnahme am Chroniker Programm (DMP) gespeicherte Daten) pseudonymisiert an eine beauftragte Vertrauensstelle. Sie verknüpft zum Zwecke der Bewertung der neuen Versorgungsform die erhobenen und gespeicherten Daten (Datenlinkage) und stellt einen Gesamtdatensatz den wissenschaftlichen Institutionen zur Auswertung bereit. Grundlage für das Linkage ist ein Versichertenpseudonym und Institutionspseudonym. Die Übermittlung der Daten erfolgt ausschließlich verschlüsselt nach dem aktuellen Stand der Technik. Ein projektspezifisches Datenschutzkonzept liegt vor, das den gesetzlichen bundes- und landesspezifischen Bestimmungen des deutschen Datenschutzes und der EU-Datenschutzgrundverordnung folgt. Die Daten werden zu jeder Zeit vertraulich behandelt und werden ausschließlich zur Qualitätskontrolle, zur Auswertung des Versorgungsprogramms STATAMED und zu wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung gestellt. Die evaluierenden Institutionen werden die Daten anonymisiert auswerten. Wissenschaftliche Veröffentlichungen von Ergebnissen erfolgen ausschließlich anonymisiert, also in einer Form, die keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen.

Zur Gesamtbeurteilung der neuen Versorgungsform STATAMED werden zusätzlich Befragungen zu Ihrer Zufriedenheit und zum Behandlungserfolg durchgeführt. Das Einverständnis zu diesen Befragungen geben Sie zu einem späteren Zeitpunkt in einer separaten Einverständniserklärung.

Alle Daten werden über einen Zeitraum von zehn Jahren gemäß wissenschaftlichen Standards in einem sicheren System aufbewahrt und archiviert. Im Anschluss werden Ihre Daten gelöscht oder anonymisiert, sofern gesetzliche Gründe nicht eine längere Speicherung vorschreiben. Anonymisiert heißt, dass der Zuordnungscode gelöscht wird und die Daten in keiner Weise Ihrer Person zugeordnet werden können.