

## Anlage 7

---

### **Merkmale für die Teilnahme am Vertrag über die Besondere Versorgung „Diabetisches Fußsyndrom“ zwischen der IKK – Die Innovationskasse, der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der Arbeitsgemeinschaft der Diabetes-Schwerpunktpraxen Schleswig-Holstein e. V.**

---

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

Dieses Versorgungskonzept richtet sich an Versicherte mit diabetischem Fußsyndrom. Ziel dieses Versorgungskonzepts ist die Steigerung der Qualität durch verbindlich festgelegte Behandlungspfade und die Förderung einer intensiveren Kooperation zwischen Hausärzten und zertifizierten ambulanten Fußbehandlungseinrichtungen, aufsetzend auf bestehende Strukturen der Disease-Management-Programme (DMP). Durch eine zielgerichtete und qualifizierte Behandlung dieser Patienten lassen sich ungünstige Krankheitsverläufe bis zu Amputationen vermeiden oder zumindest deutlich zeitlich verzögern. Die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen geht einher mit der Vermeidung von Folgekosten, die bei unzureichender Koordination und Fehlen verpflichtender qualitätsgesicherter Behandlungspfade entstehen.

Mit der Unterzeichnung der schriftlichen Teilnahmeerklärung willigen Sie bzw. Ihr gesetzlicher Vertreter in die Durchführung des Versorgungskonzepts 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.

#### **Widerruf der Teilnahme**

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. 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 Krankenkasse 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 Ihre Krankenkasse 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 eine schriftliche Akzeptanzbefragung 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, teilnehmende Apotheken) 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 Krankenkasse und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

#### **Datenübermittlung und -zusammenführung**

Um herauszufinden, ob sich das Versorgungskonzept „Diabetisches Fußsyndrom“ dazu eignet, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Effizienz der Versorgung zu steigern werden die nachfolgenden Daten der teilnehmenden Versicherten an diesem Versorgungskonzept durch die Krankenkasse und der KVSH in pseudonymisierter Form zur Evaluation ausgewertet:

- Auswertung über die nach dem Vertrag abgerechneten Leistungen
- Schweregrade bei der Neuerfassung

- Amputationsrate und absolute Zahl
- Krankenhaustage mit Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom“
- Durchschnittliche Dauer von Verordnung bis Abnahme; Anzahl > 6 Wochen
- Liste mit den eingebundenen Pflegediensten
- Abrechnung Fallkonferenz
- Daten aus Dokumentation bei der KVSH
- Abrechnung Gebührenposition Schulung, Verordnung Podologe
- QS Berichte
- Material zur Wundversorgung
- Arzneimittelabrechnungsdaten
- Einschreibezahlen werden von KVSH und an die IKK – Die Innovationskasse gemeldet und halbjährlich im Vertragsausschuss berichtet

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 Krankenkasse. Zusätzlich helfen diese Daten der Krankenkasse, Sie als Versicherte/n bei Bedarf zu beraten.

### **Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten**

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Krankenkasse (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der Krankenkasse in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), 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 berufsrechtlichen 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:

IKK – Die Innovationskasse  
 Ellerried 1  
 19061 Schwerin  
 E-Mail: [mail@ikk-nord.de](mailto:mail@ikk-nord.de)  
[www.ikk-nord.de](http://www.ikk-nord.de)

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

IKK – Die Innovationskasse  
 Datenschutzbeauftragter  
 Parkallee 21  
 24782 Büdelsdorf  
 E-Mail: [dsb@ikk-nord.de](mailto:dsb@ikk-nord.de)

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

Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
 Husarenstr. 30  
 53117 Bonn  
[poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)