

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

**Teilnahme- und  
Einwilligungserklärung zur  
Besonderen Versorgung und  
Datenverarbeitung**

Vertragskennzeichen  
121A12AE134

**BARMER**



Bitte schicken Sie das Original an  
BARMER  
Scanzentrum  
73520 Schwäbisch Gmünd

**A. Erklärung zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung von Versicherten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V.**

Über die Inhalte und den Zweck des Versorgungsangebots, den Behandlungsablauf sowie die beteiligten Vertragsärzte wurde ich von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt aufgeklärt. Außerdem habe ich die „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung“ erhalten und zur Kenntnis genommen und bin mit den dort genannten Inhalten einverstanden. Mir ist insbesondere Folgendes bekannt:

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit der Unterzeichnung dieser Erklärung.

Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich an die Teilnahme für einen Zeitraum von 12 Monaten gebunden. Kündige ich die Teilnahme nicht spätestens zwei Monate zum Ablauf der Laufzeit der Teilnahme, so verlängert sich die Laufzeit der Teilnahmeerklärung um weitere 12 Monate. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.

Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V oder wenn der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Für die Dauer meiner Teilnahme bin ich an die beteiligten Vertragsärzte zur Durchführung der Leistungen dieser Besonderen Versorgung gebunden. Andere Vertragsärzte kann ich nur auf Überweisung in Anspruch nehmen oder wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige.

**Widerrufsbelehrung**

**Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen.**

**Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER.**

**Die Widerrufsfrist beginnt mit dieser Belehrung über mein Widerrufsrecht, frühestens jedoch mit der Abgabe meiner Teilnahmeerklärung.**

## **B. Einwilligung in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten**

Die Patienteninformationen zur Einverständniserklärung über die Datenverarbeitung habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich willige in die dort beschriebene Erhebung und Verarbeitung meiner für diese Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten ein.

Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist dann nicht mehr möglich. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

## **C. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme und willige in die Datenverarbeitung ein:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Versicherte/r, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel einschreibender Arzt / Ärztin

Patienteninformationen zur Teilnahme an der Besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V (121A12AE134)

Die BARMER hat mit der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) einen Vertrag über eine Besondere Versorgung geschlossen. Wir freuen uns, dass Sie sich dafür interessieren.

Gerne informieren wir Sie hiermit über die Leistungen dieser Besonderen Versorgung, die beteiligten Vertragsärzte, die Teilnahmebedingungen und über den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten.

## Verbesserte Versorgung

Besondere Versorgung bedeutet eine verbesserte Versorgung und effektivere Behandlung von BARMER-Versicherten. Gemeinsam wollen die KVBB und die BARMER mit diesem Vertrag die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine am individuellen Krankheitsverlauf abgestimmte, qualitätsgesicherte und passgenaue Behandlung nach den allgemein anerkannten Standards der medizinischen Erkenntnisse durch in der CED-Therapie erfahrene Ärztinnen und Ärzte etablieren.

Diese Leistungen können Sie erwarten. Durch Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung bieten wir Ihnen eine frühzeitige gesicherte Diagnosestellung, die frühzeitige Einleitung einer antientzündlichen, krankheitsmodifizierenden Therapie, eine engmaschige, konsequente Therapieüberwachung sowie eine intensive Schulung, um ein Nachlassen der Krankheitssymptome zu erreichen. Die verbesserte Betreuung und die Förderung des Selbstmanagements erhöht die Lebensqualität, kann CED-bezogene Krankenhausaufenthalte vermeiden

und insgesamt die Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben steigern.

Wir möchten, dass Sie in „guten Händen“ sind. Ihre behandelnde Ärztin / Ihr behandelnder Arzt nimmt als Vertragsarzt an der Besonderen Versorgung teil. Die beteiligten Vertragsärzte zeichnen sich dadurch aus, dass sie bestimmte, den neuesten medizinischen Anforderungen entsprechende Qualifikationsmerkmale erfüllen und eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Standards durchführen, insbesondere die Empfehlungen aus den aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften einhalten.

## Wie Sie teilnehmen können

Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist für Sie freiwillig. Vor der Teilnahme werden Sie in einem Gespräch ausführlich über die Behandlungen und Untersuchungen, die im Rahmen der Besonderen Versorgung durchgeführt werden, informiert und aufgeklärt.

Sie erklären Ihre Teilnahme durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung. Sie können Ihre Teilnahme innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die BARMER Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht schriftlich mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teil-

nahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist, wenn die Widerrufsbelehrung vollständig bei Ihnen eingegangen ist. Durch den Widerruf der Teilnahme wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der Besonderen Versorgung können Sie dann nicht mehr in Anspruch nehmen.

Sie sind an Ihre Teilnahme nach Ablauf der Widerrufsfrist für einen Zeitraum von 12 Monaten gebunden. Die Teilnahme kann mit einer Frist von zwei Monaten zum Ende der Bindung gekündigt werden. Kündigen Sie die Teilnahme nicht zum Ablauf der Laufzeit, so verlängert sich diese und kann mit einer Frist von zwei Monaten gekündigt werden.

Während der Bindung können Sie Ihre Teilnahme nur aus einem wichtigen Grund beenden, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zu Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt.

Ihre Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn Ihr Versicherungsverhältnis bei der BARMER endet oder wenn der Vertrag über die Besondere Versorgung beendet wird.

Ihren schriftlichen Widerruf bzw. Ihre Kündigung richten Sie bitte unter Angabe des Vertrages und des Vertragskennzeichens (121A12AE134) an

BARMER  
Scanzentrum  
73520 Schwäbisch Gmünd

Den Widerruf oder die Kündigung können Sie auch bei jeder Geschäftsstelle der BARMER zur Niederschrift erklären.

Bei einem Widerruf oder einer Kündigung auf elektronischem Weg bietet Ihnen die BARMER für eine sichere Übermittlung Ihrer Daten die Übermittlung über Ihren persönlichen

Mitgliedsbereich über „Meine BARMER“ an.

Bleiben Sie treu!

Damit die Qualität der Behandlung sichergestellt werden kann und die Behandlungsziele erreicht werden können, ist es sinnvoll, dass Sie für die Behandlung oder Untersuchung der Erkrankung, für die Sie sich in die Besondere Versorgung eingeschrieben haben, während Ihrer Teilnahme nur die beteiligten Vertragsärzte in Anspruch nehmen. Sie sind daher für die Dauer Ihrer Teilnahme an diese Vertragsärzte gebunden. Natürlich dürfen Sie in einem medizinischen Notfall auch andere Ärzte, Krankenhäuser oder einen Notfalldienst in Anspruch nehmen. Auch im Fall einer Überweisung durch die beteiligten Vertragsärzte gilt diese Bindung nicht.

Sollten Sie andere als die beteiligten Vertragsärzte in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann die BARMER Sie auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Vertragsärzte in Anspruch zu nehmen. Kommen Sie dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann die BARMER Ihre Teilnahme beenden. Zusätzlich kann die BARMER verlangen, dass Sie die Kosten für die zusätzliche, unberechtigte Inanspruchnahme tragen.

## Patienteninformationen zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V (121A12AE134)

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der BARMER, ihren Vertragspartnern und den beteiligten Vertragsärzten sehr gewissenhaft eingehalten.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage der §§ 140a Abs. 5, 284 und 295a SGB V

Ihre Informationen zur Teilnahmeerklärung und Ihrer Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung werden durch Ihre Ärztin / Ihren Arzt an die BARMER übermittelt.

Dort werden die Daten aus Ihrer Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen und die Teilnahmeerklärung selbst elektronisch gespeichert und verarbeitet.

Übermittelt werden Name, Geburtsdatum, Versicherten-Nr., der Beginn Ihrer Teilnahme sowie Merkmale, die die Zuordnung zum Selektivvertrag ermöglichen und dass die Zustimmung zur Datenverarbeitung erteilt wurde. Diese Daten werden in die Datenverarbeitung der BARMER eingelesen, auf eine Mitgliedschaft geprüft und gespeichert. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung Ihrer Teilnahme oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung darüber mitgeteilt.

### Daten zur medizinischen Dokumentation

Um eine verbesserte Versorgung der Patienten zu erreichen, erheben die beteiligten Vertragsärzte medizinische Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation.

Die BARMER erhält auf keinen Fall Einsicht in diese medizinischen Daten. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten.

In dieser Besonderen Versorgung erbringt die KVBB als Vertragspartner der BARMER nicht selbst die medizinischen Leistungen, sondern bindet dazu die Vertragsärzte ein.

Die KVBB übernimmt Verwaltung- und Steuerungsaufgaben (z.B. die Koordination aller beteiligten Vertragsärzte, Koordination / Organisation der Versorgungsleistungen, Erstellen der Abrechnung). Um diese vertraglichen Aufgaben durchführen zu können, verarbeitet die KVBB Ihre dafür notwendigen Daten. Dabei handelt es sich um Ihre oben genannten Stammdaten und zusätzlich die festgestellte Erkrankung.

### Abrechnungsdaten

Damit die beteiligten Vertragsärzte eine Vergütung für ihre Leistungen erhalten, müssen sie eine Abrechnung erstellen und Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kasenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Diagnosen, ggf. Verordnungsdaten und Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals) über die KVBB an die BARMER übersenden. Bei der BARMER werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Die Vertragsärzte übermitteln Ihre o.g. für die Abrechnung erforderlichen Daten an die KVBB, die diese Daten für die Rechnungsstellung aufbereitet und an die BARMER übermittelt.

Die beteiligten Vertragsärzte, die BARMER, sowie die KVBB sind bei der Datenverarbeitung zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Dies gilt auch nach Beendigung Ihrer Behandlung.

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist für die Durchführung dieser Besonderen Versorgung erforderlich und gemäß § 140a Abs. 5 SGB V erlaubt, sofern Sie darin einwilligen. Durch die Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung erklären Sie diese Einwilligung.

**Widerruf Einwilligung in Datenverarbeitung**

Die beschriebenen Datenverarbeitungen sind nur zulässig, soweit Sie in die jeweilige Datenverarbeitung eingewilligt haben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Wenn Sie Ihre Einwilligung zu diesen Datenverarbeitungen nicht erklären wollen, ist eine Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung nicht möglich.

Sie können die erklärte Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich für die Zukunft widerrufen. Ihre Teilnahme an der Besonderen Versorgung endet dann automatisch bzw. ist nicht mehr möglich.

Den Widerruf richten Sie bitte ebenfalls an die oben in den "Patienteninformationen zur Teilnahme" genannte Adresse oder erklären ihn zur Niederschrift bei jeder Geschäftsstelle der BARMER.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund

der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

**Prüfung durch den MD**

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) durch die BARMER veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung oder Maßnahme, sind die beteiligten Vertragsärzte dazu befugt, die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen gemäß dem gesetzlich vorgesehenen Verfahren weiter zu leiten. Der Arzt des MD ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

**Datenlöschung bei der BARMER**

Ihre bei der BARMER verarbeiteten personenbezogenen Daten (Teilnahme- und Abrechnungsdaten der Besonderen Versorgung) werden bei der Ablehnung Ihrer Teilnahme, Ihrem Ausscheiden oder Ihrem Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung von der BARMER für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und spätestens nach 10 Jahren gelöscht (§ 304 SGB V).

Ihre Rechte in Bezug auf die Verarbeitung Ihrer Daten bei der BARMER  
In Bezug auf Ihre Daten stehen Ihnen die folgenden Rechte zu:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i.V.m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i.V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

Für Auskünfte zum Datenschutz können Sie sich an die Datenschutzbeauftragte der BARMER wenden unter:

BARMER  
 Datenschutzbeauftragte  
 Lichtscheider Straße 89  
 42285 Wuppertal  
 E-Mail: [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de)

Für Auskünfte zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BARMER im Rahmen dieser Besonderen Versorgung können Sie sich an

BARMER  
 Axel-Springer-Straße 44  
 10969 Berlin  
 E-Mail: [service@barmer.de](mailto:service@barmer.de)

wenden.

Beschwerden über die BARMER hinsichtlich des Datenschutzes können Sie an die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde richten:

Die / Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
 Graurheindorfer Str. 153  
 53117 Bonn  
 E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)