

# Informationsblatt zum Angebot zur Früherkennung von Vorhofflimmern

## Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das Angebot zur Früherkennung von Vorhofflimmern im Rahmen der besonderen Versorgung interessieren. Das Vorhofflimmern ist einer der häufigsten Risikofaktoren für einen Schlaganfall. Mit diesem Angebot möchten Ihre Krankenkasse und die beteiligten Ärztinnen oder Ärzte dazu beitragen, die Qualität der Behandlung zu verbessern. Bei der Behandlung stehen Sie im Mittelpunkt.

## Gut vernetzt

Besondere Versorgung bedeutet, dass alle medizinischen Behandlungsschritte miteinander vernetzt sind und lückenlos aufeinander folgen. Dazu wird die Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten gestärkt. Das Resultat: Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte stimmen sich besser untereinander ab. Auf diese Weise erhalten Sie eine abgestimmte und koordinierte Behandlung.

## Das Angebot

Das Angebot umfasst eine Untersuchung mittels eines neuen EKG-Verfahrens. Über einen Zeitraum von einer Stunde wird ein EKG bei Ihnen abgeleitet. Anschließend werden die aufgezeichneten Herzströme mit einem speziellen Verfahren ausgewertet. Der Arzt kann dadurch sofort feststellen, ob bei Ihnen in der Vergangenheit schon einmal ein Vorhofflimmern aufgetreten ist – auch wenn das Herz während der Aufzeichnung des EKGs im normalen Rhythmus geschlagen hat.

Die Kosten für die Untersuchung betragen rund 60 Euro und müssen von gesetzlich Krankenversicherten normalerweise selbst getragen werden. Die Untersuchung ist für Sie als KKH Versicherter kostenfrei. Mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

## Ihr Vorteil

Für dieses neuartige Verfahren, das vielen Betroffenen helfen kann, vergab die KKH im Jahr 2007 den „Innovationspreis“, mit dem herausragende medizinische Entwicklungen gewürdigt werden.

Das Verfahren wird bereits von vielen Haus- und Fachärzten für Innere Medizin, Kardiologie und Neurologie angeboten.

Sollten Sie unter Vorhofflimmern leiden oder der Verdacht darauf bestehen, werden Sie nach Besprechung des EKG-Ergebnisses an einen Kardiologen zur Weiterbehandlung überwiesen.

## Genau dokumentiert - gut informiert

Im Rahmen dieses Programms erheben die Behandler Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern. Alle teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht und dem gesetzlichen Datenschutz.

Den Umgang mit Ihren Daten nehmen wir sehr ernst, daher haben wir alle Informationen zum Thema Datenschutz in der Versicherteninformation für Sie näher erläutert.

## So können Sie teilnehmen

Wenn Sie dieses Angebot nutzen möchten, unterschreiben Sie bitte die Ihnen ausgehändigte Teilnahmeerklärung.

Die Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist **freiwillig**. Sie können Ihre **Teilnahme** ohne Angabe von Gründen **innerhalb von zwei Wochen** nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gegenüber Ihrer Krankenkasse schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift **widerrufen**. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Ihre Krankenkasse.

Ihre Teilnahme endet spätestens mit Überweisung an den Kardiologen nach der Besprechung Ihres EKG-Ergebnisses. Sie haben das Recht auf eine außerordentliche Kündigung.

## Haben Sie noch Fragen?

Weitere Informationen zu dem Versorgungsangebot und den teilnehmenden Leistungserbringern finden Sie auf der Homepage der KKH unter [www.kkh.de/vorhofflimmern](http://www.kkh.de/vorhofflimmern). Alternativ können Sie diese Informationen bei einer KKH Servicestelle anfordern. Wir helfen Ihnen gern weiter.



Kaufmännische  
Krankenkasse

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

<b>Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:</b> DEGEDI ProPhysio GmbH, Universitätsstr. 142, 44799 Bochum	
Vertrags-Kennzeichen: 120A12KK001	Vertrags-Nr.: 578

## Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

**Vertrag gemäß § 140a SGB V zur  
„Früherkennung von Vorhofflimmern“**

### I. Teilnahmeerklärung

**Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.**

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer\* informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer\* bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer\* gebunden. In dem Informationsblatt zum Angebot werden das Behandlungsende und die regulären Kündigungsmöglichkeiten näher erläutert. Ich bin mit dem Inhalt der Versicherteninformation und dem Informationsblatt zum Angebot einverstanden.

**Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterschrift ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner KKH widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine KKH absende. Die Kontaktdaten meiner KKH finde ich in der Versicherteninformation.**

Eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der KKH endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

### II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

#### **Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten**

Ich habe mit der Versicherteninformation schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert und verarbeitet werden und dass die Einwilligung freiwillig ist. **Ich habe die Information zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung ein.**

Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten der Krankenkassen – spätestens nach 6 Jahren – gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

\*Die Bezeichnung „Leistungserbringer“ umfasst Personen und -gruppen oder eine Institution, die Gesundheitsleistungen erbringen. Leistungserbringer sind z. B. Ärzte und Zahnärzte, Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.v.m.

## Widerrufsmöglichkeit

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner KKH widerrufen (Kontaktdaten siehe Versicherteninformation). Die freiwillige Einwilligung zur Verwendung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Für die Behandlung anderer Erkrankungen kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch nehmen.

## III. Patientenbefragung

Um die Qualität dieser besonderen Versorgung weiter zu verbessern, werden nach Abschluss der Behandlung ggf. Patientenbefragungen durchgeführt. Mir entstehen keinerlei Nachteile, wenn ich nicht daran teilnehmen möchte. Die Teilnahme am Versorgungsangebot ist hiervon unabhängig. Bei der Patientenbefragung schicke ich den Fragebogen ohne die Angabe meines Namens und weiterer persönlicher Daten an die KKH. Die Auswertung erfolgt anonymisiert.

Ja, die KKH darf mir Unterlagen zu einer Patientenbefragung zusenden.

Nein, ich möchte nicht an einer Patientenbefragung teilnehmen.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (I.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (II.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

X

Datum

X

Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) oder des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)

### Vom einschreibenden Leistungserbringer\* auszufüllen

LANR / BSNR / IK-Nr.

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten / gesetzliche Vertreterin oder gesetzlichen Vertreter über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Datum

Unterschrift, Stempel

# Versicherteninformation

## 1. Informationen zur Teilnahme an der besonderen Versorgung

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Das reguläre Behandlungsende sowie die Fristen zur Beendigung Ihrer Teilnahme können Sie dem Informationsblatt zum Angebot entnehmen.

Sie können Ihre Teilnahme jederzeit außerordentlich kündigen, sofern z.B. einer der folgenden wichtigen Gründe vorliegt:

- Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden,
- Ihr Vertrauensverhältnis zum behandelnden Leistungserbringer\* ist gestört
- Sie können Ihren Leistungserbringer\* aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Bitte senden Sie Ihre Erklärung schriftlich oder elektronisch an Ihre KKH oder wenden sich zur Niederschrift an Ihre KKH Servicestelle.

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an die Leistungserbringer\* gebunden. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich nicht an diese Bindung halten. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Leistungserbringer\*n, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, können Sie mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen. Die Bindung an die Leistungserbringer\* gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen oder durch Ihren behandelnden Leistungserbringer\* an einen anderen Leistungserbringer\* überwiesen werden. Für Ihre sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, können Sie Ärzte frei wählen.

## 2. Informationen zum Datenschutz

### **Umgang mit Ihren Daten**

Für die Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass von allen am Vertrag Beteiligten unterschiedliche Daten von Ihnen verarbeitet werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahme- und Vertragsdaten (Teilnahmebeginn, Vertragsname, Vertragskennzeichen) sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozeduren-schlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10).

Die Verarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, wenn Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Bitte beachten Sie, dass für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme der an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

### **Datenverarbeitung zur medizinischen Dokumentation/ Gesundheitsdaten**

Bei der Behandlung erheben die Leistungserbringer\* einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Leistungserbringer\* können sie abrufen und nutzen. Alle beteiligten Leistungserbringer\* unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Dadurch können sich alle beteiligten Leistungserbringer\* gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre KKH hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

\*Die Bezeichnung „Leistungserbringer“ umfasst Personen und -gruppen oder eine Institution, die Gesundheitsleistungen erbringen. Leistungserbringer sind z. B. Ärzte und Zahnärzte, Apotheken, Physio- und Psychotherapeuten, Krankenhäuser u.v.m.

## Qualitätssicherung

Ihre KKH möchte, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen Versorgung mit anonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt.

## Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Die Leistungserbringer\* übermitteln Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und Informationen zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an die DEGEDI ProPhysio GmbH. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert. Zur Übermittlung an die KKH bedient sich die DEGEDI ProPhysio GmbH eines Dienstleisters: Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH, Wiesenstr. 21, 40549 Düsseldorf. Die KKH tauscht sich mit dem Dienstleister bzw. der DEGEDI ProPhysio GmbH über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

## Datenverarbeitung für Abrechnungszwecke

Die apoplex medical technologies GmbH beauftragt auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere separate Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Dienstleister sind: DEGEDI ProPhysio GmbH, Universitätsstr. 142, 44799 Bochum und Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH, Wiesenstr. 21, 40549 Düsseldorf. Dass Sie mit der Übermittlung Ihrer personen- und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift auf Ihrer Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung.

## Datenverarbeitung der Teilnahmedaten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) verarbeitet. Gemäß Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist neben der KKH folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: apoplex medical technologies GmbH, Delaware Avenue 1-3, 66953 Pirmasens

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben gemäß EU-DSGVO jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen (Art. 15 EU-DSGVO) abzurufen und die Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Einschränkung (Art. 18 EU-DSGVO), Übertragung (Art. 20 EU-DSGVO) und Löschung (Art. 17 DS-GVO) zu veranlassen.

Ihre erhobenen und verarbeiteten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung, bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von der KKH für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 6 Jahre nach Teilnahmeende. Eine weitere Verarbeitung der Daten in den oben genannten Fällen erfolgt ab dem Zeitpunkt der Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf nicht mehr. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund der vorherigen Einwilligung bis zur Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf wird nicht berührt.

Bitte richten Sie Ihren Widerruf und Ihre Erklärung einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an folgende Adresse: KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover oder per E-Mail an: [service@kkh.de](mailto:service@kkh.de)

Ausführliche und stets aktuelle Informationen über Ihre Rechte und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie auf unserer Internetseite unter: [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz). Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, senden wir Ihnen gerne die ausführlichen Informationen per Post zu.

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), Husarenstr. 30, 53117 Bonn oder [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de).

Bei Fragen zur Datenverarbeitung können Sie sich an Ihre KKH Servicestelle oder an den Datenschutzbeauftragten der KKH wenden: KKH Kaufmännische Krankenkasse, Datenschutzbeauftragter, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover, E-Mail: [datenschutz@kkh.de](mailto:datenschutz@kkh.de). Wir helfen Ihnen gern weiter.

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

## Anlage 12



**Früherkennung von  
Vorhofflimmern  
Vertragsnummer: 578**

**DEGEDI ProPhysio GmbH  
Universitätsstr. 142  
44799 Bochum**

**Anschrift des Leistungserbringers**

### Bankverbindung

IBAN.:

BIC:

Institutionskennzeichen Arzt:	Rechnungs-Nr.:	Rechnungsdatum:
LANR Arzt:		
BSNR Arzt :		

**Abrechnung für die Behandlungstage:** \_\_\_\_\_

### Diagnosen mit Angabe des ICD-10-Schlüssels:

**inkl. Zusatzkennzeichen** für die Diagnosesicherheit  
(**A** = ausgeschlossen, **G** = gesichert, **V** = Verdacht, **Z** =  
(symptomloser)Zustand nach der betreffenden  
Diagnose) \_\_\_\_\_

### **Einschlusskriterien gemäß Leistungsbeschreibung:**

- **Alter: ab 50 J.**  
**(außer Leistungssportler)**
- **Hypertonie**
- **KHK**
- **Herzinsuffizienz**
- **Diabetes**
- **Zustand nach Schlaganfall**
- **Adipositas**
- **Schlafapnoesyndrom**
- **Vaskuläre Demenz**

### **Bei Modul „Therapieeinleitung“**

- **Vorhofflimmern**

Bitte ankreuzen	Gebührennummer	Langtext	Betrag in €
<input type="checkbox"/>	SCR 0	Screening ohne Weiterbehandlung	58,00
<input type="checkbox"/>	SCR 1	Screening mit Weiterbehandlung	58,00
<input type="checkbox"/>	DIA 0	Diagnostik ohne Therapieeinleitung	32,50
<input type="checkbox"/>	DIA 1	Diagnostik mit Therapieeinleitung	32,50
<input type="checkbox"/>	ThERA	Therapieeinleitung	32,50

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift / Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum