

Hinweis: Es handelt sich nachstehend um ein unverbindliches Muster zur informierten Patienteneinwilligung nach § 6 Abs.2 KSVPsych-RL, das angepasst werden kann.



Fläche für Ihr Logo
Netzverbund

Patienteninformation zur **Psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung nach der KSVPsych-RL¹**

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt beziehungsweise Ihre Psychotherapeutin oder Ihr Psychotherapeut hat bei Ihnen eine schwere psychische Erkrankung festgestellt und Ihnen die Teilnahme an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung empfohlen.

In diesem Informationsblatt erläutern wir Ihnen, worum es sich bei dieser Versorgungsform handelt. Dann können Sie entscheiden, ob Sie an der Komplexversorgung teilnehmen möchten.

Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung – Was ist das?

Die psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung ist ein Angebot für Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. Diese Betreuung soll diesen Patientinnen und Patienten helfen, selbstständig und stabil zu leben. Das Angebot wird von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen – für die Patientinnen und Patienten entstehen keine Kosten.

Bei dieser Versorgung sind verschiedene Ärztinnen und Ärzte aus psychiatrischen oder psychosomatischen Fachrichtungen sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem Netzverbund zusammengeschlossen. Zusätzlich bestehen Kooperationen mit psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhäusern sowie mit Leistungserbringern von Ergotherapie oder Soziotherapie oder psychiatrischer häuslicher Krankenpflege.

Aus dem Kreis der Netzverbundmitglieder und Kooperationspartner werden - je nach dem individuellen Bedarf - Leistungserbringer ausgewählt. Diese unterschiedlichen Berufsgruppen arbeiten zusammen. Dadurch werden die einzelnen Behandlungsmaßnahmen aufeinander abgestimmt und die Versorgung für Sie verbessert.

¹ Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

Kann jeder an dieser Komplexversorgung teilnehmen?

Nicht jeder kann diese besondere Versorgung erhalten. Für die Teilnahme müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, etwa muss zur Erreichung des Behandlungsziels die regelmäßige Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen erforderlich sein.

Eine Ärztin oder ein Arzt bzw. eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut haben mit Ihnen bereits ein erstes Gespräch, eine sogenannte Eingangssprechstunde durchgeführt.

Dabei wurde festgestellt, dass bei Ihnen diese Voraussetzungen aktuell erfüllt sind.

Was umfasst diese Komplexversorgung?

Die Versorgung richtet sich nach Ihrem individuellen Behandlungsbedarf. Hierbei können alle Maßnahmen in Frage kommen, die Ihnen als gesetzlich Versicherte zustehen. Dazu gehört die Betreuung durch eine psychiatrisch oder psychosomatisch tätige Ärztin oder Arzt sowie ggf. eine Psychotherapie. Darüber hinaus können eine medikamentöse Therapie, die Inanspruchnahme von Heilmitteln oder die Begleitung durch eine soziotherapeutische Fachkraft sowie weitere Leistungen Teil der Behandlung sein.

Die Komplexversorgung beinhaltet auch einen Kriseninterventionsplan. Durch die Kooperation mit einer psychiatrischen Klinik können kurzfristige Interventionen ermöglicht werden.

Wer ist bei der Komplexversorgung mein Ansprechpartner und wer entscheidet?

An der Komplexversorgung sind verschiedene Berufsgruppen beteiligt. Damit diese koordiniert und strukturiert zusammenarbeiten, wird Ihnen im Netzwerk eine Bezugärztin, ein Bezugsarzt, eine Bezugpsychotherapeutin oder ein Bezugpsychotherapeut (Bezugsperson) als zentraler Ansprechpartner zur Seite gestellt. Diese Bezugsperson leitet Ihre Behandlung und erstellt für Sie einen individuellen Gesamtbehandlungsplan. Dort werden die Therapieziele, Ihr Bedarf an ärztlichen und psychotherapeutischen Maßnahmen sowie die erforderlichen Medikamente festgelegt. Es wird auch geplant, inwieweit Sie Heilmittel und weitere Unterstützung z. B. Soziotherapie brauchen. Selbstverständlich bespricht die Bezugsperson die Maßnahmen mit Ihnen und erläutert, welche zusätzlichen Leistungserbringer an Ihrer Versorgung beteiligt sind.

Ihre Bezugsperson stimmt den Gesamtbehandlungsplan mit den übrigen teilnehmenden Berufsgruppen ab. Durch diesen Austausch kann die Betreuung regelmäßig überprüft und an Ihre Bedürfnisse angepasst werden. Wenn Sie sich für das Versorgungsangebot entscheiden, erklären Sie sich bereit, an den Maßnahmen des Gesamtbehandlungsplans teilzunehmen und aktiv daran mitzuwirken.

Zusätzlich wird Ihnen eine ausgebildete nichtärztliche Fachkraft als koordinierende Person zur Seite gestellt. Die koordinierende Person kümmert sich um Termine und unterstützt Sie, die Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie hält persönlichen oder telefonischen Kontakt zu Ihnen und steht auch für Gespräche mit Angehörigen zur Verfügung. Bei allen Fragen oder Unklarheiten können Sie sich an die koordinierende Person wenden.

Gibt es noch zusätzliche Unterstützungsangebote?

Zur Erreichung Ihrer Therapieziele können bei Bedarf auch sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Beratungsstellen, Selbsthilfeorganisationen und viele mehr einbezogen werden. In Abstimmung mit Ihrer koordinierenden Person können Sie solche Angebote ebenfalls wahrnehmen.

Was passiert bei so vielen beteiligten Personen mit meinen Daten?

Die Komplexversorgung ist ein Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung. Die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für die Aufzeichnung und Übermittlung von Sozialdaten sind überwiegend gesetzlich geregelt.

Im Rahmen der Komplexversorgung ist es darüber hinaus für die Zusammenarbeit und für die Abstimmung der unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen unbedingt erforderlich, dass die beteiligten Personen Ihre persönlichen Daten erheben, speichern, verarbeiten, nutzen und untereinander austauschen können. Dies gilt insbesondere dann, wenn Daten in einer zentralen elektronischen Patientenakte ggf. in Zusammenarbeit mit einem digitalen Partner gemeinsam verarbeitet und/ oder anonymisiert zu Evaluationszwecken genutzt werden sollen.

Aus diesem Grund ist für eine Teilnahme an der Komplexversorgung Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und den Datenaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern erforderlich.

Betroffen sind insbesondere Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum) sowie Ihre medizinischen Behandlungsdaten.

Was ist außerdem zu beachten?

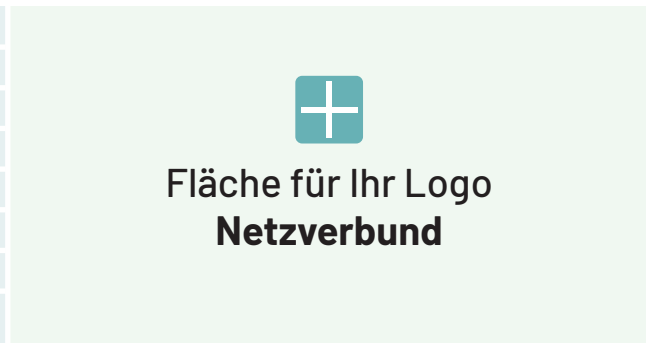
Solange Sie an der Komplexversorgung teilnehmen, dürfen Sie für psychische Erkrankungen nur von Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus dem Netzverbund behandelt werden. Eine Ausnahme besteht, wenn die Behandlung durch eine andere Ärztin oder Arzt oder Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten bereits begonnen hat.

Außerdem ist die parallele Behandlung durch mehrere Netzverbände ausgeschlossen.

Wie kann ich in die Teilnahme an der Komplexversorgung einwilligen?

Ihre Einwilligung erklären Sie über den Einwilligungsbogen, auf dem alle für Ihre Behandlung vorgesehenen Leistungserbringer aufgeführt sind. Durch Ihre Unterschrift erklären Sie Ihre Bereitschaft zur Teilnahme und Ihr Einverständnis zur Datenverarbeitung. Ihre Einwilligungen können Sie jederzeit widerrufen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der/des Versicherten		geboren am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	Arzt-Nr.	Datum



Hinweis: Es handelt sich nachstehend um ein unverbindliches Muster zur informierten Patienteneinwilligung nach § 6 Abs.2 KSVPsych-RL, das im jeweiligen Einzelfall entsprechend anzupassen ist.

Teilnahmeerklärung

Einwilligung in die Teilnahme an der psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung nach der KSVPsych-RL¹

Hiermit erkläre ich Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Adresse:

dass ich von meinem Ärztin/Arzt bzw. Psychotherapeutin/Psychotherapeuten umfassend über das Versorgungsangebot nach der KSVPsych-RL, die Freiwilligkeit der Teilnahme und das Recht zum Widerruf informiert wurde. Durch die Teilnahme entstehen für mich keine Kosten.

Ich willige ein, an der psychiatrischen u. psychotherapeutischen Komplexversorgung nach dieser Richtlinie teilzunehmen.

Meine Betreuung erfolgt durch den Netzwerk (Name)
 und dessen Kooperationspartner.

Nach dem Gesamtbehandlungsplan sind folgende Leistungserbringer an meiner Komplexversorgung beteiligt:
Bezugsarzt/-ärztin bzw. Bezugspsychotherapeut/-in ist

Name:
 Praxis-Anschrift:

Weitere an der Behandlung beteiligte Ärzte/-innen, Psychotherapeuten/innen und sonstige Leistungsbringer sind

1. Name und Anschrift:
 Fachgebiet/Berufsgruppe
 2. Name und Anschrift:
 Fachgebiet/Berufsgruppe

¹ Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf

3. Name und Anschrift:
Fachgebiet/Berufsgruppe

4. Name und Anschrift:
Fachgebiet/Berufsgruppe

Die Koordinierende Person ist

Name und Anschrift:
Fachliche Qualifikation:

Falls im Rahmen dieser Betreuung eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, arbeitet der Netzverbund mit folgender Klinik zusammen

Name und Anschrift:

Digitaler Partner des Netzverbundes ist

Name und Anschrift:

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Teilnahme jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem/Ihrer Arzt/-in bzw. Psychotherapeuten/-in ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Im Falle eines Widerrufs können Sie für die Behandlung Ihrer Erkrankung weiterhin Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch V beanspruchen, nehmen aber nicht mehr an der strukturierten Komplexversorgung nach der KSVPsych-RL teil.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherte/r für die Erklärung zur Teilnahme

Ich habe die vorstehenden Ausführungen sorgfältig gelesen. Hiermit erkläre ich die Einwilligung in die Teilnahme des/der von mir betreuten bzw. vertretenen Patienten/Patientin.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

Unterschrift gesetzliche/-r Vertreter/-in Betreuer/-in
Vorsorgebevollmächtigte/-r für die Erklärung zur Teilnahme

Krankenkasse bzw. Kostenträger			<h2>Behandelnde Praxis</h2>
Name, Vorname der/des Versicherten		geboren am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
BSNR	Arzt-Nr.	Datum	

Hinweis: Es handelt sich nachstehend um ein unverbindliches Muster, für dessen Richtigkeit oder Vollständigkeit angesichts der Verschiedenheit der Datenverarbeitungsvorgänge in der jeweiligen Praxis keine Gewähr übernommen werden kann. Das Muster ist dem jeweiligen Einzelfall entsprechend anzupassen. Datenempfänger müssen namentlich genannt werden, eine Pauschalisierung ist nicht zulässig.

Datenschutzverantwortliche Stellen im Sinne der DSGVO sind die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Einwilligung Datenverarbeitung

Ich wurde darüber informiert, dass die Verwendung meiner Daten nach den gesetzlichen Bestimmungen erfolgt und dass vor der Teilnahme an der psychiatrischen Komplexversorgung meine freiwillig abgegebene Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung erforderlich ist.

Hinweise zum Datenschutz gemäß Art 13 DSGVO

1.	Identität des Verantwortlichen:	Name, Vorname:	
		Anschrift:	
2.	Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:	Name, Vorname:	
		Anschrift:	
3.	Zwecke für die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen	Ihre Behandlung im Rahmen psychiatrischen Komplexversorgung nach dem Versorgungsangebot der KSVPsych-RL.	
4.	Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung	Die Nutzung der personenbezogenen Daten erfolgt auf Basis der Einwilligung (Artikel 6 Abs. 1 lit a und Art. 9 Abs. 2 lit. b DSGVO) des Betroffenen.	
5.	Empfänger/-in bzw. Kategorien von Empfängern	Alle in der Teilnahmeerklärung benannten Leistungserbringer, die an Ihrer Komplexversorgung beteiligt sind.	
6.	Übermittlung in ein Drittland	Die Übermittlung in ein Drittland ist nicht geplant.	
7.	Dauer der Speicherung	Bis auf Widerruf oder entsprechend den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.	
8.	Rechte der Betroffenen	Als Betroffene haben Sie laut DSGVO folgende Rechte: <ul style="list-style-type: none"> ■ Auskunft (Art. 15) ■ Berichtigung (Art. 16) ■ Löschung (Art. 17) ■ Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18) ■ Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21) ■ Datenübertragbarkeit (Art. 20) ■ Widerruf der Einwilligung (Art. 7 Abs. 3) 	

9. Recht auf Widerruf einer Einwilligung	Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte an den o. g. Verantwortlichen oder Datenschutzbeauftragten.
10. Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzbehörde	<p>Sind Sie der Meinung, dass wir bei der Verarbeitung Ihrer Daten gegen deutsches oder europäisches Datenschutzrecht verstoßen, so bitten wir Sie, mit uns Kontakt aufzunehmen, um Fragen aufklären zu können. Sie haben selbstverständlich auch das Recht, sich an die für Sie zuständige Aufsichtsbehörde, das jeweilige Landesamt für Datenschutzaufsicht, zu wenden.</p> <p>Sofern Sie eines der genannten Rechte uns gegenüber geltend machen wollen, so wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten. Im Zweifel können wir zusätzliche Informationen zur Bestätigung Ihrer Identität anfordern.</p>

Ich habe den Text der nachfolgenden Einwilligungserklärung sowie der Datenschutzinformationen gem. Art. 13 DSGVO gelesen und verstanden und erteile hiermit ausdrücklich die folgenden datenschutzrechtlichen Einwilligungen:

Einwilligung in die Weitergabe und Verarbeitung von Patientendaten

Ich bin damit einverstanden, dass alle in der Teilnahmeerklärung benannten Leistungserbringer meine Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse und Versicherungsnummer) sowie Behandlungsdaten und Befunde erheben, speichern, verarbeiten und zum Zweck der weiteren Behandlung untereinander übermitteln und gemeinsam nutzen dürfen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte/Psychotherapeuten unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Widerruf

Sie können diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei den o. g. Verantwortlichen oder Datenschutzbeauftragten ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Bei einem Widerruf haben Sie das Recht, die Löschung aller Ihrer bis dahin gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Widerruf bleibt aufgrund der vorherigen Einwilligung rechtmäßig.

Im Falle eines Widerrufs können Sie für die Behandlung Ihrer Erkrankung weiterhin Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Sozialgesetzbuch V beanspruchen, nehmen aber nicht mehr an der strukturierten Komplexversorgung nach der KSVPsych-RL teil.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r für die Erklärung zur Teilnahme

Ich habe die vorstehenden Ausführungen und Erläuterungen zum Umgang mit den erhobenen Daten sorgfältig gelesen. Hiermit erkläre ich die Einwilligung des/der von mir betreuten bzw. vertretenen Patienten/-in.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift gesetzliche/-r Vertreter/-in Betreuer/-in
Vorsorgebevollmächtigte/-r für die Erklärung zur Teilnahme