

Unterlagen

zur Teilnahme am telecor®-Programm



FÜR ÄRZTE / PRIMÄRE BEHANDLER:

- Erläuterungen zum Ablauf und zur Teilnahme am Programm telecor® (S. 1-2)
- Informationen zum Datenschutz (S. 3-4)
- **Teilnahmeerklärung - Primär behandelnder Arzt** (S. 5-6)

Bitte senden Sie die **Teilnahmeerklärung** samt **Kopie Ihrer Approbationsurkunde** in einem Umschlag unterschieden an unseren Dienstleister:

SHL Telemedizin GmbH (SHL)
Balanstraße 69b
81541 München



Erläuterungen für den Primär Behandelnden Arzt zum Ablauf und zur Teilnahme am Programm telecor®

EINLEITUNG

telecor® ist ein Programm, das die Erbringung von Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Anlage I Nr. 37 der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung zum Gegenstand hat.

Dabei erfolgt das Telemonitoring in Zusammenarbeit zwischen Ihnen als primär behandelnder Arzt (PBA) und dem ärztlichen telemedizinischen Zentrum (TMZ).

Die SHL Telemedizin GmbH (SHL) erbringt auf Basis eines Vertrages mit dem TMZ als Dienstleister und im Namen des TMZ gewisse nicht-ärztliche Leistungen, insbesondere technische und operative telemedizinische Aufgaben sowie administrative Funktionen. Dies umfasst auch den Registrierungs- und Onboardingprozess mit Ihnen als teilnehmendem PBA sowie die Koordinierung der Kommunikation zwischen Ihnen, dem TMZ und dem Patienten.

Bitte beachten Sie, dass vertragliche Beziehungen im Rahmen Ihrer Programmteilnahme ausschließlich zwischen Ihnen und dem TMZ entstehen, nicht mit SHL.

Soweit nachfolgend von „TMZ“ die Rede ist, schließt dies die von SHL für das TMZ erbrachten Dienstleistungen mit ein, soweit das TMZ diese an SHL delegiert hat.

ABLAUF DES TELEMONITORINGS DURCH SIE UND DAS TMZ:

1. Zuerst füllen Sie Ihre Teilnahmeerklärung vollständig aus und senden diese unserem Dienstleister SHL zu.
2. Sie bekommen im Anschluss die Zugangsdaten zum telecor Arztportal. In diesem melden Sie sich an, vergeben ein Passwort und führen eine 2-Faktor-Authentifizierung per Mobilnummer oder E-Mail durch.
3. Dann schreiben Sie Ihre Patienten ein. Sie prüfen die Voraussetzungen der Patienten zur Programmteilnahme und übermitteln die entsprechenden Patientendaten sowie die Einwilligungserklärung des Patienten an SHL. SHL verwaltet und verwahrt die Einwilligungserklärungen für das TMZ. Bitte verwahren Sie eine Kopie der Einwilligungserklärung für Ihre Dokumentation.
 - 3.1 Für Patienten mit implantierten Aggregaten (Patientengruppe 1), geben Sie SHL sowie dem TMZ entsprechenden Zugriff auf das Onlineportal des Implantat-Herstellers und stellen die entsprechenden Benachrichtigungen ein.
 - 3.2 Patienten der Gruppe 2 bekommen die entsprechenden Geräte (Tablet, Waage, Blutdruckmessgerät und EKG) vom TMZ zugesendet und erhalten eine Einweisung zum Programm sowie der Nutzung der Geräte.
4. Sobald die elektronische Patientenakte angelegt ist, können Sie diese im Arztportal einsehen.
5. Das TMZ sichtet spätestens am folgenden Werktag die durch Implantate oder externen Geräte erzeugten Warnmeldungen hinsichtlich eines möglichen Handlungsbedarfs. Bei von Ihnen mit dem TMZ vereinbarter Wochenendbetreuung des Patienten erfolgt auch an Wochenenden (Samstag und Sonntag) sowie an Feiertagen (bundeseinheitliche und nicht bundeseinheitliche) eine Sichtung der Datenübertragung spätestens am darauffolgenden Tag.
6. Das TMZ erfasst Informationen zur Situation des Patienten durch Erhebung der Symptome in einem telefonischen Gespräch mit dem Patienten. Wird hier potenzieller Handlungsbedarf ermittelt, bekommen Sie im Arztportal eine Maßnahme zugewiesen. Hierüber werden Sie auch per E-Mail informiert.
7. Bei Warnmeldungen zu Ihrem Patienten und Kontaktaufnahme durch das TMZ wird eine Zusammenfassung der Informationen in Form eines Interventionsberichtes zur Verfügung gestellt, welche Sie jederzeit einsehen können.

8. Sie erhalten einen Überblick über die Messwerte des Interventionsgrundes, der vom Patienten gegebenen Informationen sowie das Resultat des Interventionsanrufes in einer Zusammenfassung.
9. Das TMZ sichtet danach Ihre elektronische Rückmeldung zur Maßnahme.
10. Bei ausbleibender Rückmeldung Ihrerseits innerhalb von 48 Stunden erfolgt eine telefonische Kontaktaufnahme mittels mehrerer Anrufversuche durch das TMZ.

Sollten eingeschriebene Patienten zum Programm oder den externen Geräten Fragen haben, können Sie diese an folgende TMZ Hotline verweisen +49 89 48059 796.

Die Programmteilnahme für Sie und Ihre Patienten ist freiwillig und jederzeit ohne die Einhaltung von Fristen widerrufbar. Bitte erklären Sie einen solchen Widerruf gegenüber unserem Dienstleister SHL, der uns als TMZ unverzüglich darüber informieren wird. Mit dem unmittelbaren Wirksamwerden des Widerrufs bzgl. Ihrer Teilnahme oder der Ihrer Patienten ist das Ausscheiden aus der telemedizinischen Betreuung verbunden.

Der Widerruf muss jedoch mit Ihren Patienten abgestimmt und von diesen freigegeben werden.

Die Einschreibung sowie die Beendigung der Teilnahme Ihrer Patienten unterliegt Ihrer ärztlichen Zuständigkeit.



Informationen zu Datenschutz

BESTMÖGLICHER SCHUTZ FÜR IHRE DATEN

Wir möchten, dass Sie sich bei Ihrer Programmteilnahme von telecor® sicher fühlen. Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns deshalb sehr wichtig. Wir verarbeiten personenbezogene Daten grundsätzlich nur, soweit dies zur Erbringung unserer Services nötig ist.

Wir als TMZ und SHL als unser Dienstleister und Auftragsverarbeiter nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst. Alle personenbezogenen Daten, die Sie an uns übermitteln bzw. uns zugänglich machen, werden von uns streng vertraulich behandelt und unter Beachtung der gesetzlichen Datenschutzvorschriften ausschließlich zweckgebunden verarbeitet.

VERANTWORTLICHER:

Der Verantwortliche ist das von Ihnen ausgewählte TMZ.

SHL als Auftragsverarbeiter des TMZ

SHL verarbeitet ausschließlich weisungsgebunden im Auftrag des TMZ personenbezogene Daten. TMZ und SHL haben bzgl. der Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Auftrag durch SHL eine Vereinbarung gemäß Art. 28 DSGVO abgeschlossen.

Der Datenschutzbeauftragter von SHL ist:

c/o activeMind.legal Rechtsanwaltsgesellschaft m. b. H
Potsdamer Str. 3
80802 München
Tel.: +49 (0) 89 / 919294-900
E-Mail: Datenschutz@shltm.de

RECHTSGRUNDLAGE FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Nach Art. 6 Abs. 1 lit. a) Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) dürfen Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden, soweit Sie Ihre Einwilligung dazu erklärt haben.

VERARBEITUNGSMETHODEN, ORT DER DATENVERARBEITUNG

Zur Sicherstellung der gesetzlichen Bestimmungen der DS-GVO haben das TMZ und SHL entsprechende technische und organisatorische Maßnahmen getroffen. Die Datenverarbeitung wird mittels Computer oder IT-basierten Systemen durchgeführt, einem organisatorischen Verfahren und Modus folgend, die strikt auf die angegebenen Zwecke abzielen. Die Daten werden ausschließlich innerhalb der Europäischen Union verarbeitet.

WEITERGABE DER DATEN

Ihre Daten und die Ihrer Patienten werden durch das TMZ und teilweise durch SHL als Auftragsverarbeiter für das TMZ erhoben und nur in den Fällen an Dritte weitergegeben, in denen dies zur Erbringung der Leistung nötig ist oder Sie Ihre Einwilligung erklärt haben.

Eine Übertragung Ihrer personenbezogenen Daten in Drittländer außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums („EWR“) findet nicht statt.

RECHTLICHE MASSNAHMEN

Im Falle eines Missbrauchs können die personenbezogenen Daten des Nutzers zu rechtlichen Zwecken in gerichtlichen Verfahren oder bei Reklamationen verwendet werden.

Das TMZ bzw. SHL kann gegebenenfalls von Behörden zur Herausgabe von personenbezogenen Daten aufgefordert werden.

LÖSCHUNG BZW. SPERRUNG UND SPEICHERUNG DER DATEN

Das TMZ und SHL halten sich an die Grundsätze der Datenvermeidung und Datensparsamkeit. Sie speichern personenbezogene Daten daher nur so lange, wie dies zur Erbringung der Services und der Erreichung der hier genannten Zwecke erforderlich ist. In diesem Rahmen werden gesetzliche Höchst- oder Mindestspeicherfristen berücksichtigt.

Nach Fortfall des jeweiligen Zweckes, Widerruf der Einwilligung bzw. Ablauf der gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten routinemäßig und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen gesperrt oder gelöscht. In der Regel löschen wir Ihre personenbezogenen Daten zehn Jahre nach Beendigung der Programmteilnahme.

BETROFFENENRECHTE

Sie haben das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Art. 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Art. 20 DSGVO.

Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG.

Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit gegenüber dem TMZ oder gegenüber SHL widerrufen. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO i.V.m. § 19 BDSG).

Die vorgenannten Rechte können gegenüber dem Verantwortlichen ausgeübt werden.

BEREITSTELLUNG VORGESCHRIEBEN ODER ERFORDERLICH

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten ist weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben. Allerdings ist ohne die Angabe eine Teilnahme am Programm nicht möglich.



Teilnahmeerklärung - Primär behandelnder Arzt

Ich möchte den Vertrag mit folgendem TMZ schließen (Praxisname und Adresse):

Ich agiere sowohl als primär behandelnder Arzt als auch als TMZ.

Falls noch kein TMZ ausgewählt ist, kontaktieren Sie bitte SHL unter folgender Rufnummer +49 89 480 59 795.

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel:	
Vorname*:		Nachname*:	
Straße/Haus-Nr. Praxis*:			
PLZ, Ort der Praxis*:			
Geburtsdatum*:			
E-Mail*:			
Tel. Nr. (Festnetz)*:		Mobil:	
KIM-Adresse (falls vorhanden):			
LANR *:		BSNR *:	

*Pflichtfeld

Ja, ich lege eine Kopie meiner Approbationsurkunde diesem Schreiben bei.

TEILNAHMEERKLÄRUNG AM PROGRAMM TELECOR®

Hiermit erkläre ich,

- dass ich die „Erläuterungen für den Primär Behandelnden Arzt zum Ablauf und zur Teilnahme am Programm telecor® zur Kenntnis genommen habe und diesen zustimme,
- dass ich mich freiwillig entschieden habe, am Programm telecor® als Primär Behandelnder Arzt (PBA) teilzunehmen,
- dass mich das TMZ bzw. SHL zum Betreiben des Programms kontaktieren kann.

Mir ist darüber hinaus bekannt,

- dass das TMZ bestimmte Aufgaben der telemedizinischen Betreuung an SHL delegiert hat,
- dass ich im Rahmen dieser telemedizinischen Betreuung nicht für die Leistung im Rahmen von telecor® bezahle.

Ich verpflichte mich,

- im Falle eines Alarms innerhalb von 48 Stunden die Kenntnisnahme zu bestätigen und eventuell getroffene Maßnahmen in der Behandlung des Patienten an das TMZ zurückzumelden,
- ungeachtet der Tatsache, dass ich per E-Mail über potenziellen Handlungsbedarf bei einem Patienten informiert werde, täglich die Inhalte im telecor® Arztportal zu sichten,
- sofern ein Patient mir gegenüber den Widerruf bzgl. der Programmteilnahme oder bzgl. der Einwilligung in die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten erklärt, SHL unverzüglich darüber zu unterrichten,
- Entscheidungen, die für eine erfolgreiche Umsetzung des Telemonitorings wichtig sind, mit dem TMZ abzustimmen,
- das TMZ einzubeziehen in die von mir als PBA mit dem Patienten drei Monate sowie erneut zwölf Monate nach Beginn des Telemonitorings sowie bei wesentlichen Änderungen der Behandlungssituation und im Folgenden jährlich vorzunehmende Prüfung, ob die Voraussetzungen zur Weiterführung des Telemonitorings gegeben sind.

Widerrufsbelehrung

- Ich kann meine Teilnahme am Programm telecor® jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden, indem ich meine Teilnahmeerklärung gegenüber SHL oder dem TMZ widerrufe. Mit dem Wirksamwerden des Widerrufs ist das Ausscheiden aus dem Programm verbunden. Vor der Erklärung eines Widerrufs muss jedoch eine Lösung gefunden werden, wie und durch wen die durch mich eingeschriebenen Patienten weiter betreut werden.

1. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Ich habe die Anlage „Informationen zum Datenschutz“ gelesen, verstanden und zustimmend zur Kenntnis genommen und erkenne diese als Bestandteil dieser Vereinbarung an.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis,

- dass meine persönlichen Daten durch das TMZ und SHL für die Zwecke der Teilnahme am Programm und insb. der Kontaktaufnahme bei Alarmen oder vertieften medizinischen Fragen gespeichert und verarbeitet werden dürfen.

2. Informationen zur Haftung im Rahmen von telecor® - Haftungsbeschränkung

Die im Rahmen des Programms übermittelten Daten und dargestellten Informationen beruhen auf den vom Patienten zur Verfügung gestellten und im Rahmen des Telemonitorings erhobenen Daten (die „TMZ Daten“). Die Erhebung, Darstellung und Auswertungen der TMZ Daten stellen keine Therapieempfehlung dar. Die Verantwortung für die leitliniengerechte Behandlung der Herzinsuffizienz des Patienten und für alle medizinischen Entscheidungen liegt allein bei Ihnen als behandelnder Ärztin bzw. behandelndem Arzt.

Ansprüche auf Schadensersatz gegen das TMZ sind bei telecor® ausgeschlossen, soweit es sich nicht um Schadensersatzansprüche handelt, die (i) auf der Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder (ii) auf der Verletzung wesentlicher Vertragspflichten (Kardinalpflichten) oder (iii) auf einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Pflichtverletzung des TMZ, seiner gesetzlichen Vertreter oder Erfüllungsgehilfen (einschließlich SHL) beruhen. Wesentliche Vertragspflichten (Kardinalpflichten) sind solche Pflichten, deren Erfüllung zur Erreichung des Ziels des Vertrags notwendig ist.

Bei der einfach fahrlässigen Verletzung wesentlicher Vertragspflichten haftet das TMZ nur auf den vertragstypischen, vorhersehbaren Schaden, es sei denn, es handelt sich um Schadensersatzansprüche aus einer Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit.

Die vorstehenden Einschränkungen gelten sowohl für vertragliche als auch für deliktische Ansprüche und auch zugunsten der gesetzlichen Vertreter und Erfüllungsgehilfen des TMZ (einschließlich SHL), wenn Ansprüche direkt gegen diese geltend gemacht werden.

Bitte ankreuzen:

- Ja**, ich möchte am Programm teilnehmen und stimme
- den Teilnahmebedingungen gemäß Ziffer 1,
 - der für die Programmteilnahme notwendigen Datenverarbeitung gemäß Ziffer 2,
 - der für die Programmteilnahme notwendigen Haftungsbeschränkung gemäß Ziffer 3, zu

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes