



Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) am Projekt „IP-Wunde“

Name des Patienten / der Patientin: _____

(in Druckbuchstaben)

Ich habe die „Informationen für Studienteilnehmende IP-Wunde“ erhalten, gelesen und den Inhalt verstanden. Zudem hatte ich Gelegenheit, Nachfragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich weiß, dass mir das Projektteam auch zukünftig auftretende Fragen beantworten wird. Ich wurde darüber informiert, mit welchem Aufwand die Teilnahme am Projekt verbunden ist und dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann und mir dadurch keine Nachteile entstehen.

Mir wurde versichert, dass der Umgang mit meinen Daten den Vorgaben der DSGVO entspricht. Die im Rahmen dieses Projektes erhobenen persönlichen Daten werden von der Vertrauensstelle des Kompetenzzentrums für Klinische Studien Bremen für die Auswertung an der Universität Bremen pseudonymisiert, d.h. mein Name wird durch eine Identifikationsnummer ersetzt. So können meine Daten nicht zu meiner Person zurückverfolgt werden. Die Daten werden für Forschungszwecke nur in anonymisierter Form ausgewertet und veröffentlicht. Meine personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald die Speicherung für die wissenschaftliche Auswertung des Projektes oder die Speicherung nach gesetzlichen Fristen nicht mehr notwendig ist. Der Datensatz der Evaluation wird nach Abschluss des Projektes ausschließlich in anonymisierter Form gespeichert. Sollte ich meine Einwilligung zur Teilnahme zurückziehen, werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den folgenden Teilnahmebedingungen einverstanden:

- Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen dieses Projektes erhobenen Daten, insbesondere Angaben über meine Person, Gesundheit und meinen Behandlungsverlauf, auf elektronischen Datenträgern an die Vertrauensstelle des Kompetenzzentrums für klinische Studien Bremen/Universität Bremen weitergeleitet, dort verarbeitet, pseudonymisiert und später ausgewertet werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen dieses Projekts erhobenen Daten zu meiner Person sowie meine medizinischen Daten im Rahmen des integrierten Versorgungsmanagements und entsprechend des Merkblattes zum Datenschutz zum Zweck der Abrechnung, der gemeinsamen Dokumentation, Information zu meiner Einschreibung sowie Qualitätssicherung zwischen den an dieser besonderen Versorgung Beteiligten



(teilnehmende Haus- und Fachärzte / Fachärztinnen, Vertrauensstelle, Ihre Krankenkasse und IVPNetworks GmbH) übermittelt, verarbeitet und genutzt werden dürfen.

- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jeder Zeit und ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an dem Projekt beenden kann. Die bis zu diesem Zeitpunkt von mir erhobenen Daten können auch weiterhin verwendet und ausgewertet werden. Meine Daten der Evaluation werden zu diesem Zweck allerdings anonymisiert.
- Ich willige ein, dass die von mir erhobenen Daten mit Versicherungsdaten meiner Krankenkasse für die Evaluation verknüpft werden.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch des Projektes gemäß der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist aufbewahrt werden, soweit dem nicht andere gesetzliche oder, mit dem Auftraggeber vertraglich vereinbarte, Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.
- Sofern mein behandelnder Arzt / meine behandelnde Ärztin selbst nicht Teil des Behandlungsnetzwerkes ist, bin ich damit einverstanden, dass er/sie über meine Teilnahme am Projekt informiert wird.

Sofern ich der Gruppe 2 zugeordnet werde,

- willige ich in die Teilnahme am Vertrag über die Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Umsetzung des Projektes „IP-Wunde“ ein.
- willige ich ein, dass die AOK Bremen/Bremerhaven und beteiligte Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Vertrag „IP-Wunde“ zu Zwecken der Durchführung sowie zur Abrechnung mit der AOK Bremen/Bremerhaven verarbeiten dürfen.

Die Information zur Teilnahme am Vertrag habe ich erhalten.

Ich erkläre meine Einwilligung zur Teilnahme und zur Verarbeitung meiner pseudonymisierten Gesundheits- und Behandlungsdaten für das Projekt IP-Wunde, behalte mir jedoch vor, jederzeit ohne Angabe von Gründen diese Einwilligung zurückziehen zu können. Meine Fragen wurden von meinem Arzt / meiner Ärztin hinreichend beantwortet.

Außerdem bestätige ich ein aktives Versicherungsverhältnis mit der von mir angegebenen und durch die KV-Karte ausgewiesenen Krankenkasse.

Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin

Nach Unterschrift erhalte ich eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.



Informationen für Studienteilnehmende „IP-Wunde“

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Ihre Arztpraxis nimmt am Projekt IP-Wunde – Infrastruktur und Prozesse für optimierte Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden – dezentral und regelversorgungsnah in Bremen teil. IP-Wunde ist ein wissenschaftlich begleitetes Projekt, das die Versorgung von Patienten und Patientinnen mit chronischen Wunden optimieren soll. Gerne können Sie an IP-Wunde teilnehmen. Damit Sie sich über das Projekt umfassend informieren können, haben wir diese Information für Sie erstellt. Bitte lesen Sie diese Information sorgfältig und wenden Sie sich bei Fragen gerne telefonisch oder per Email (s.hornemann@kvhb.de) an das Projektteam IP-Wunde bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB). Die Telefonnummer lautet: 0421-3404-157 (wochentags zwischen 9:00 und 16:00 Uhr).

Ihre Teilnahme am Projekt IP-Wunde ist freiwillig und Sie können Ihre Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen, zurückziehen, ohne dass hierdurch Nachteile für Sie entstehen.

Was ist IP-Wunde?

IP-Wunde ist ein Projekt des Innovationsfonds, welches durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als oberstes Gremium der Ärzteschaft, Zahnärzteschaft, Psychotherapierenden, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland gefördert wird. Die KVHB ist für die Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung in Bremen zuständig und leitet das Projekt. Durchgeführt wird das Projekt in Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/ Bremerhaven, der IVPNetworks GmbH und dem Kompetenzzentrum für klinische Studien Bremen (KKSb) der Universität Bremen. Das Projekt wird vom 01.01.2022 bis 31.12.2025 in vielen Arztpraxen im gesamten Land Bremen umgesetzt.

Welche Ziele verfolgt das Projekt?

Im Projekt IP-Wunde wird gezielt ein neues Versorgungsmanagement für Patienten und Patientinnen mit chronischen Wunden aufgebaut, welches unterschiedliche Arztpraxen miteinander vernetzt. Durch den verbesserten Austausch sollen vor allem eine verbesserte Wundheilung und eine stärkere Patientenorientierung gefördert werden. Darüber hinaus wird innerhalb des Projektes beobachtet, ob das vernetzte Versorgungsmanagement die Kosten im Gesundheitswesen senkt und ob die neuen Prozesse und Strukturen in der Versorgung flächendeckend angenommen werden.

Wie wird das Projekt für Sie ablaufen?

Wenn Sie sich für eine Teilnahme am Projekt IP-Wunde entscheiden, nehmen Sie für 6 Monate daran teil. Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen werden in zwei Gruppen eingeteilt (Gruppe 1 und Gruppe

2). Von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin erfahren Sie, in welcher der beiden Gruppen Sie behandelt werden. Wenn Sie der Gruppe 1 zugeordnet werden, wird Ihre Wunde in bewährter Weise behandelt. Es finden darüber hinaus Wunddokumentationen und Befragungen zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten statt. Wenn Sie der Gruppe 2 zugeordnet werden, erfolgt Ihre Wundbehandlung in einem Behandlungsnetzwerk aus Spezialisierten Wundpraxen, welches einen Austausch zwischen Ihrer vertrauten Arztpraxis und zu einer Spezialisierten Wundpraxis ermöglicht. Im nächsten Schritt wird eine digitale Wundfallakte angelegt, auf die alle an der Behandlung beteiligten Personen Zugriff haben, um Ihre Wunde bestmöglich behandeln zu können. Auch Sie selbst können Zugriff auf diese Akte bekommen. Auch in Gruppe 2 werden zu drei Zeitpunkte Informationen zu ihrer Person, ihrer Wunde, der Lebensqualität und ihrer Zufriedenheit von Ihnen erfragt, um das Projekt am Ende bewerten zu können. Für die Beantwortung des Fragebogens zur Zufriedenheit der ärztlichen Behandlung erhalten Sie in beiden Gruppen eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10€. Darüber hinaus haben Sie (sofern Sie mit Ihrer Teilnahme am Projekt vor dem 30.09.2024 beginnen und eine medizinische Notwendigkeit besteht) nach 6 Monaten die Möglichkeit von Gruppe 1 in die Gruppe 2 zu wechseln.

Wer kann an IP-Wunde teilnehmen?

Um an dem Projekt teilnehmen zu können, müssen Sie mindestens 18 Jahre alt und bei einer der teilnehmenden Krankenkassen versichert sein. Wenn die Arztpraxis die bestehende Wunde als chronisch einstuft, steht einer Teilnahme am Projekt IP-Wunde in der Regel nichts entgegen.

Hinweis auf Rücktrittsrecht

Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne, dass ein Nachteil für Sie entsteht, die Projektteilnahme mündlich oder schriftlich zurückziehen.

Welchen Daten werden von Ihnen erhoben?

Eine genaue Beschreibung der von Ihnen erhobene Daten in diesem Projekt können Sie dem „Merkblatt zum Datenschutz“ entnehmen. Dort finden Sie auch alle Informationen zum Schutz Ihrer Daten. Bitte lesen Sie dieses sorgfältig durch, bevor Sie Ihr Einverständnis zur Projektteilnahme geben.

Kontaktpersonen bei Fragen

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
-Projektleitung IP-Wunde-
Frau Stefanie Hornemann
0421-3404-157
s.hornemann@kvhb.de
(wochentags zwischen 9:00 und 16:00 Uhr)