

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

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zum Vertrag zur besonderen Versorgung zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen (TRANSLATE NAMSE) gemäß § 140a SGB V

Versand
innerhalb von 10 Arbeitstagen an:
AOK PLUS
 Belegverarbeitung
 09099 Chemnitz



V90A

Einschreibung

Bitte händigen Sie auch dem Versicherten eine Kopie der unterzeichneten Teilnahmeerklärung aus.

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

--

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme als Versicherter der AOK PLUS am Vertrag zur besonderen Versorgung zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen (TRANSLATE NAMSE) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung des Vertrages informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation, „Information zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten“) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages in Anspruch nehme.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) meiner Daten zum Zweck und im Rahmen dieser besonderen Versorgung umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile.

III. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung für die Evaluation dieser besonderen Versorgung

Ich bin darüber informiert, dass die von mir im Rahmen der Teilnahme an dieser besonderen Versorgung erhobenen Daten mit meiner Zustimmung in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) gegebenenfalls für eine Evaluation verwendet und zu diesem Zweck einem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen. Die AOK PLUS kann mich insbesondere zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung des Versorgungsvertrages bezüglich der erbrachten Programminhalte bzw. zu meinen Wünschen auch telefonisch oder online kontaktieren und befragen. Die Kontaktierung kann durch einen von der AOK PLUS beauftragten Dienstleister erfolgen.

Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist allerdings nicht von diesem Einverständnis abhängig. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig.

zu I.: Ja, ich möchte gemäß I. in Kenntnis der umseitig genannten Informationen und Teilnahmebedingungen an der besonderen Versorgung des Vertrages teilnehmen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. Ich habe die Patienteninformationen erhalten und verstanden.

zu II.: Ja, ich willige in die unter II. und die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

zu III.: Ja, ich willige in die unter III. beschriebene Datenverarbeitung ein, dass meine Daten im Falle einer möglichen Evaluation pseudonymisiert verwendet werden dürfen und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift. **Nein**, ich willige nicht ein.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Bestätigung des Arztes (vom behandelnden Arzt des teilnehmenden Zentrums auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsprogramm zur besonderen Versorgung zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen (TRANSLATE NAMSE) gemäß § 140a SGB V erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift

Stempel **behandelnder Arzt**

I. Information Teilnahmebedingungen:

Mit meiner Entscheidung an der besonderen Versorgung zur besonderen Versorgung zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen (TRANSLATE NAMSE) gemäß § 140a SGB V teilzunehmen, erhalte ich die Möglichkeit, durch die die Fallkonferenz des Expertenpanels und die Untersuchung aller Gene (Exomsequenzierung) meine Lebensqualität zu erhöhen und ggf. Therapieempfehlungen umzusetzen, wenn ein Verdacht auf eine seltene Erkrankung vorliegt. Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehme ich die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes der besonderen Versorgung und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben.

Ich kenne die Patienteninformation und mir ist insbesondere bekannt, dass

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen muss.
2. meine Teilnahme an der besonderen Versorgung freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 6 beginnt, diese für alle Leistungen, die ich im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung in Anspruch nehme, gilt und im Übrigen die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb der besonderen Versorgung dadurch nicht eingeschränkt wird.
3. das Versorgungsprogramm TRANSLATE NAMSE eine besondere Versorgung darstellt, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages der besonderen Versorgung ergänzend anbietet und durchführt.
4. ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. der besonderen Versorgung, den Versorgungsbedingungen sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ergeben.
5. die medizinische Verantwortung dem behandelnden Arzt/Zentrum obliegt und diese ihre Leistungen im Rahmen des Versorgungsvertrages TRANSLATE NAMSE gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringen.
6. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung), schriftlich oder elektronisch, beginnt.
7. ich meine Teilnahme ohne Angabe von Gründen **jederzeit** schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen kann. In diesem Fall endet die Teilnahme frühestens mit dem Zugang der schriftlichen Erklärung des Versicherten bei der AOK PLUS. Sofern der Versicherte einen anderen Termin bestimmt und dieser Termin nach dem Eingang der Erklärung bei der AOK PLUS liegt, ist dieser Termin maßgebend.
8. meine Teilnahme endet:
 - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß I.
 - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der AOK PLUS gemäß den Teilnahmebedingungen schriftlich erkläre.
 - an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich oder elektronisch gegenüber der AOK PLUS widerrufe.
 - mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS, insbesondere bei Wechsel zu einer anderen Krankenkasse.
 - bei Wechsel zu einem Leistungserbringer, der nicht an diesem besonderen Versorgungsprogramm teilnimmt.
 - an dem Tag, an dem die Behandlung abgeschlossen ist.
 - mit dem Ende des Versorgungsprogrammes bzw. mit Beendigung der Teilnahme der AOK PLUS an dem Vertrag.
9. meine Patientendaten (Versorgungsdaten, Abrechnungsdaten, Ergebnisse der Lebensqualitäts- und Zufriedenheitsbefragungsergebnisse) in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug und ohne Personenbeziehbarkeit) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch den Vertragspartner verwendet werden können.

Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß [Rechtgrundlage Widerruf z. B. § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V]:

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die AOK PLUS dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK PLUS.

II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Versorgungsvertrag TRANSLATE NAMSE:

Teilnehmerbezogene Daten und Angaben werden zum Zweck und im Rahmen der Versorgung über den Versorgungsvertrag gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung und unter Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen [insbesondere EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), Sozialgesetzbuch (SGB), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)] durch die Beteiligten (teilnehmenden Zentren und meine Krankenkasse) erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Gemäß den Bestimmungen der besonderen Versorgung ist eine darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten erforderlich. Meine Einwilligung in die darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Die Einzelheiten dazu ergeben sich aus der beigefügten Patienteninformation und der beigefügten „Information zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten“. Mir ist insbesondere bekannt und ich willige hinsichtlich der über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgehenden Datenverarbeitung für die Inanspruchnahme der besonderen Versorgung darin ein, dass

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den einschreibenden Arzt an die AOK PLUS übersendet und dort aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten (Patientendaten): Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme.
2. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V und ggfs. an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
4. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung gemäß § 301 SGB V im Rahmen der für die Krankenversicherung geltenden Vorschriften Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhält.

5. Die erfassten Daten werden im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation dieser Besonderen Versorgung mit Ihrem schriftlichen Einverständnis gegenüber den Zentren für seltene Erkrankungen bzw. Zentren für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin in einer zentralen klinischen Datenbank pseudonymisiert gespeichert und verarbeitet.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, mit Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS die Beendigung der Teilnahme am **Versorgungsvertrag TRANSLATE NAMSE** verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass mein Widerruf der Einwilligungserklärung die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung richte ich an die AOK PLUS, 01058 Dresden bzw. elektronisch an service@plus.aok.de.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung bei und durch die AOK PLUS und zu meinen diesbezüglichen Rechten finde ich unter aok.de/plus/datenschutzrechte bzw. in der beigefügten „Information zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten“. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (Datenschutz@plus.aok.de).

Informationen und Auskünfte zur Datenverarbeitung durch und bei den teilnehmenden Zentren sowie der Zentren untereinander und zu meinen diesbezüglichen Rechten erhalte ich vom Zentrum.

III. Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung für die Evaluation und Widerrufsmöglichkeit:

Ich willige ein, dass die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen Daten für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. wissenschaftliche Zwecke und gegebenenfalls für eine Evaluation verwendet werden, an einen Evaluator in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) weitergegeben und zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung des Vertrages von diesem genutzt werden können.

Widerruf der Einwilligungserklärung und Folgen des Widerrufs:

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung für die Evaluation dieser besonderen Versorgung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf Basis dieser Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ab Zugang meines Widerrufs bei der AOK PLUS werden keine ab diesem Zeitpunkt verarbeiteten Daten für die Evaluation verwendet. Mein Widerruf hat keine Auswirkungen bzw. nachteiligen Folgen auf meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden bzw. service@plus.aok.de.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung für die Evaluation und zu meinen diesbezüglichen Rechten finde ich in der beigefügten „Information zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten“. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail (Datenschutz@plus.aok.de).

Patienteninformation

besonderen Versorgung zur Umsetzung von Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen (TRANSLATE NAMSE) gemäß § 140a SGB V

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie an diesem Programm zur besonderen Versorgung teilnehmen möchten. Das Versorgungsprogramm hat folgende wesentliche Inhalte:

- Aufklärung über die Besondere Versorgung und Beratung zu den Ergebnissen und sich ergebenden Möglichkeiten durch Ihren behandelnden Arzt am teilnehmenden Zentrum für seltene Erkrankungen oder Zentrum für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin.
- Experten verschiedener Fachrichtungen aus mehreren Zentren werden Ihr Krankheitsbild diskutieren und ggf. einen Diagnoseverdacht stellen können sowie weitere zielgerichtete Diagnostik empfehlen.
- Wenn dieses Expertenpanel keinen Diagnoseverdacht stellen kann, wird es eine Untersuchung aller Gene (Exomsequenzierung) veranlassen, um nach Auffälligkeiten zu suchen.
- Dann erfolgt eine Übersendung der Blutproben an teilnehmende Zentren für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin.
- Die molekulargenetische Diagnostik erfolgt durch besonders qualifizierte teilnehmende Zentren für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin.
- Die Ergebnisse der molekulargenetischen Untersuchung aller Gene wird in dem Expertenpanel diskutiert und mit Ihren Symptomen abgeglichen.
- Das Expertenpanel wird ggf. Empfehlungen für die weitere Behandlung geben können.
- Information durch Ihren behandelnden Arzt am teilnehmenden Zentrum über die Ergebnisse sowie weitere Möglichkeiten der Versorgung nach der Molekulardiagnostik.

Eine detaillierte Information zu den oben aufgeführten Inhalten erhalten Sie im Rahmen der Erläuterungen zur Teilnahme durch Ihren behandelnden Arzt im Zentrum für seltene Erkrankungen oder Zentrum für seltene Erkrankung und klinische Genommedizin.

Teilnahme:

Die Teilnahme ist freiwillig und für Sie kostenfrei. Sofern Sie an der Besonderen Versorgung teilnehmen wollen, wird Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung an Ihre Krankenkasse übermittelt. Die Teilnahme beginnt mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Ihr Recht auf freie Arztwahl bleibt bestehen, ist jedoch für die vertragsgegenständliche Leistung auf die teilnehmenden Zentren für seltene Erkrankungen bzw. Zentren für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin beschränkt. Die Einwilligung zur Datenerhebung in der Teilnahmeerklärung ist Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Besonderen Versorgung.

Datenschutz:

Bei jedem Bearbeitungsschritt im Rahmen dieser Besonderen Versorgung werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die seit Mai 2018 geltenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und die des Sozialgesetzbuches (SGB) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist zu jeder Zeit Ihrer Teilnahme und darüber hinaus gewährleistet. Bei allen an dieser Besonderen Versorgung beteiligten Akteuren haben nur speziell ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.

a) Daten bei Ihrem Arzt/bei den Zentren für seltene Erkrankungen bzw. Zentren für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin

1. Vor Beginn der Behandlung werden Ihre personenbezogenen Daten (Angaben zur Person, zur Krankenkassenmitgliedschaft und zu den behandelten Diagnosen) durch den behandelnden Arzt des teilnehmenden Zentrums erfasst. Diese und weitere versichertenbezogene Daten zur Behandlung und Befundung (z. B. Krankheitsbild, Schwere der Erkrankung, Laborbefunde, Behandlung, Behandlungsdauer, Behandlungstage, Medikation) stehen den teilnehmenden Zentren und ihren behandelnden Ärzten am teilnehmenden Zentrum insbesondere auch für die Fallkonferenzen und das Expertenpanel zur Verfügung. In diese detaillierten Untersuchungs- und Behandlungsdaten, welche durch die Ärzte dokumentiert werden, hat Ihre Krankenkasse keinen Einblick.

Alle Angaben, die Sie im Rahmen der Besonderen Versorgung machen, sowie alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

2. Für die Abrechnung der in dieser Besonderen Versorgung erbrachten Leistungen werden Ihre personenbezogenen Daten durch die beteiligten Zentren für seltene Erkrankungen bzw. seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin in verschlüsselter Form elektronisch an die Krankenkasse übermittelt. Bei diesen Daten handelt es sich um Angaben zu Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD-10, Leistungsziffern und ihr Wert. Eine datenschutzkonforme

Datenübermittlung durch die Leistungserbringer wird sichergestellt. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß den §§ 295, 295a, 301, 302 SGB V direkt zwischen den beteiligten Zentren als Leistungserbringer und Ihrer Krankenkasse. Für diese Datenübermittlung und -nutzung zur Leistungsabrechnung ist Ihr Einverständnis zwingend erforderlich. Wird dieses nicht erteilt, ist die Teilnahme an der Besonderen Versorgung nicht möglich.

- Die erfassten Daten werden im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation dieser Besonderen Versorgung mit Ihrem schriftlichen Einverständnis gegenüber den Zentren für seltene Erkrankungen bzw. Zentren für seltene Erkrankungen und klinische Genommedizin in einer zentralen klinischen Datenbank pseudonymisiert gespeichert und verarbeitet. Die Datenbank dient dem Ziel, Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen genetischen Veränderungen und monogenetischen Erkrankungen zu erlangen und damit die Behandlung für die betroffenen Patienten zu verbessern. Einen Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten haben ausschließlich die beteiligten Zentren, in denen Sie betreut werden bzw. durch die die molekulare Diagnostik erfolgt und ihre behandelnden Ärzte am teilnehmenden Zentrum. Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung ist auch möglich, wenn Sie das Einverständnis zu dieser Erfassung und Verarbeitung nicht erteilen. Ihrer Krankenkasse stehen die daraus resultierenden Ergebnisberichte ausschließlich in anonymisierter Fassung zur Verfügung, so dass kein Rückschluss auf Ihre Identität möglich ist.

Sie können jederzeit Auskunft über die im Rahmen der Besonderen Versorgung zu Ihrer Person gespeicherten Daten bzw. Einsicht in Ihrer Behandlungsakte in der zentralen klinischen Datenbank erhalten. Bitte wenden Sie sich dazu an Ihren behandelnden Arzt im teilnehmenden Zentrum.

Die in der Zentralen Klinischen Datenbank gespeicherten Daten liegen ausschließlich im Einfluss-, Wirk- und Verantwortungsbereich der beteiligten Zentren und außerhalb des Verantwortungsbereiches meiner Krankenkasse.

b) Daten bei Ihrer Krankenkasse

Die Daten bei Ihrer Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Verbindung mit § 140a SGB V erhoben und gespeichert. Ihre Krankenkasse ist für diese Datenverarbeitung verantwortlich. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

Durch die Besondere Versorgung möchte Ihre Krankenkasse Ihnen gemeinsam mit den Vertragspartnern dieses Versorgungsangebotes eine bessere Versorgung anbieten. Zu Zwecken der Qualitätssicherung und Verbesserung der Versorgung durch dieses Programm nutzt Ihre Krankenkasse Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten mit Diagnosen, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Diagnosen und Kosten, Dauer und Kosten der häuslichen Krankenpflege, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten). Die hierfür erforderlichen Daten werden in pseudonymisierter Form übermittelt und ausgewertet, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Ihre Rechte und Ansprechpartner hinsichtlich der Datenverarbeitung bei Ihrer Krankenkasse sind in der „Information zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten“ ausführlich beschrieben.

c) Wissenschaftliche Begleitung/Auswertung durch einen Sachverständigen

Um den Datenschutz im Falle einer wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung sicherzustellen, wird vor der Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person die auszuwertenden Daten gehören – die Daten werden pseudonymisiert, wenn möglich anonymisiert, verarbeitet. Die wissenschaftliche Auswertung überprüft, ob und wie die Versorgung von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob und wie sich die Besondere Versorgung auf Qualität und Wirksamkeit der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen. Die Dauer der Speicherung entspricht auch hier den gesetzlichen Vorschriften.

Für die Verwendung Ihrer Daten im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung/Auswertung in pseudonymisierter Form erfolgt eine gesonderte Einwilligung. Sie haben zudem das Recht, die Einwilligung in diese Datenerhebung, -nutzung und -speicherung zu verweigern oder für die Zukunft zu widerrufen. Eine Teilnahme am Besonderen Versorgungsprogramm in diesem Fall dennoch möglich und hat keine Nachteile für Ihre Behandlung.

Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Ihre AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.

Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei der der AOK PLUS in sicheren Händen, sie hat das Sozialgeheimnis [§ 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)] zu wahren.

Mit dem 25. Mai 2018 gilt die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO), die Ihre Rechte als Kunde weiter stärkt. Die nachfolgenden Hinweise geben Ihnen einen Überblick über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten und die damit zusammenhängenden Rechte.

Wofür und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre Daten?

Die AOK PLUS hat als Träger der solidarischen Kranken- und Pflegeversicherung die Aufgabe, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und ihren Gesundheitszustand zu verbessern sowie den Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

Die Finanzierung der Leistungen und sonstigen Ausgaben erfolgt durch die Erhebung von Beiträgen bei Arbeitgebern und Mitgliedern.

Um diese gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben wahrnehmen zu können, verarbeitet die AOK PLUS die dafür erforderlichen Daten. Diese Daten werden bei Ihnen aufgrund gesetzlicher Mitwirkungspflichten (siehe u. a. §§ 60 ff. SGB I) oder einer Einwilligung erhoben. Außerdem erhält die AOK PLUS nach dem Sozialgesetzbuch auch Daten von Dritten (z. B. von Ihrem Arbeitgeber oder Leistungserbringern). Eine fehlende Mitwirkung kann für Sie zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (Versagung oder Entzug von Leistungen) führen.

Für die Krankenversicherung ergibt sich die gesetzliche Grundlage zur Datenverarbeitung aus § 284 SGB V, für die Pflegeversicherung aus § 94 SGB XI. Zusätzlich werden die AOK PLUS auch nach anderen gesetzlichen Vorschriften Aufgaben übertragen, für die personenbezogenen Daten verarbeitet werden müssen.

Hierzu zählen insbesondere:

- Feststellung des Versicherungsverhältnisses und der Mitgliedschaft einschließlich der für die Anbahnung eines Versicherungsverhältnisses erforderliche Daten
- Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte
- Feststellung der Beitragspflicht und der Beiträge, deren Tragung und Zahlung
- Prüfung der Leistungspflicht und der Erbringung von Leistungen an Versicherte, einschließlich der Voraussetzungen von Leistungsbeschränkungen, Bestimmungen des Zuzahlungsstatus und Durchführung der Verfahren bei Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und Ermittlung der Belastungsgrenze
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
- Übernahme der Behandlungskosten für nicht versicherungspflichtige Personenkreise nach § 264 SGB V gegen Kostenerstattung
- Beteiligung des Medizinischen Dienstes
- Abrechnung mit den Leistungserbringern einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung
- Überwachung der Einhaltung der vertraglichen und gesetzlichen Pflichten der Leistungserbringer von Hilfsmittel
- Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
- Abrechnung mit anderen Leistungsträgern
- Durchführung von Erstattungs- und Ersatzansprüchen gegenüber Dritten
- Vorbereitung, Vereinbarung und Durchführung von morbiditätsorientierten Vergütungsverträgen
- Vorbereitung, Durchführung von Modellvorhaben, Verträgen zu integrierten Versorgungsformen und zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen einschließlich der Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen
- Durchführung des Risikostrukturausgleichs sowie zur Vorbereitung und Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen einschließlich der Gewinnung von Versicherten zur Teilnahme daran
- Abschluss und Durchführung von Pflegesatzvereinbarungen, Vergütungsvereinbarung sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen
- Beratung über Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation und Beratung zur Teilhabe sowie Leistungen und Hilfen zur Pflege
- Koordinierung pflegerischer Hilfen, die Pflegeberatung sowie die Wahrnehmung der Aufgaben in den Pflegestützpunkten
- Durchführung von Entlass- und Krankengeldfallmanagement
- Gewinnung von Mitgliedern
- Ausgleich von Arbeitgeberaufwendungen bei Krankheit und Mutterschaft
- Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§ 197 a SGB V)
- Forschungsvorhaben

Darüber hinaus verarbeitet die AOK PLUS Daten auf Grundlage von ausdrücklichen Einwilligungserklärungen (Art. 6 Abs. 1 a EU-DSGVO).

Welche Daten verarbeiten wir?

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten:

- Daten zur Person (z. B. Adress- und Kommunikationsdaten, Geburtsdatum, Lichtbild)
- Daten zur Mitgliedschaft und deren Anbahnung
- Daten zum Versicherungsverhältnis
- Beitrags- und Zahlungsdaten
- Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitszeiten)
- Daten zur Pflegeperson
- Daten zum gesetzlichen Vertreter
- Daten zu Wahlтарifen und Bonusprogrammen
- Daten von Leistungserbringern und sonstigen Vertragspartnern
- Daten von Arbeitgebern und deren Steuerberatern
- Daten von Interessenten, Gewinnspielteilnehmern

Wer bekommt Ihre Daten?

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften regelmäßig an: Träger der Renten- und Unfallversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Leistungserbringer, Sozialhilfeträger sowie im Rahmen des Zahlungsverkehrs an Geldinstitute, Arbeitgeber und Zahlstellen. Darüber hinaus dürfen Daten nur in den gesetzlich bestimmten Einzelfällen nach §§ 67 d ff. SGB X übermittelt werden (z. B. Polizeibehörden, Kommunal- und Gemeindeverwaltung, Steuerbehörden).

Die AOK PLUS kann Ihre gesetzlichen Aufgaben durch einen anderen Leistungsträger, Arbeitsgemeinschaften oder durch andere Dienstleister (insbesondere Auftragsverarbeiter) erbringen lassen.

Die AOK PLUS darf die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Daten der Betroffenen für andere Zwecke nutzen und verarbeiten, soweit dafür eine andere Rechtsgrundlage nach dem Sozialgesetzbuch oder ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person vorliegt.

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110 a SGB IV, § 304 SGB V, § 84 SGB X, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht.

Welche Rechte haben Sie?

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 EU-DSGVO)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
01067 Dresden, Sternplatz 7, Telefon 0800 1059000 (kostenfrei), service@plus.aok.de,
<http://www.aok.de/plus/datenschutzrechte> - Körperschaft des öffentlichen Rechts

Haben Sie Fragen oder sind Sie der Ansicht, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie die Möglichkeit, sich an uns oder unseren Datenschutzbeauftragten zu wenden. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter:

Datenschutzbeauftragter der AOK PLUS, 01058 Dresden oder
datenschutz@plus.aok.de

Haben Sie ein Beschwerderecht?

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die AOK PLUS zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Sächsischer Datenschutzbeauftragter, Devrientstraße 1, 01067 Dresden