

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 nach §140a SGB V zur fachärztlichen Behandlung onkologischer Patienten in Thüringen mittels mpMRT der Prostata („mp-MRT Thüringen“)

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



V88A

Exemplar für die AOK PLUS

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

0 0 0 0 0 0 0 0 0

## I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung von Patienten mit Prostatakarzinom auf Basis des zwischen der AOK PLUS und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) geschlossenen Vertrages nach § 140a SGB V zur fachärztlichen Behandlung von onkologischen Patienten mittels multiparametrischer Magnetresonanztomographie (mpMRT) der Prostata.

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) 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 Verarbeitung meiner Daten (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung) 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.

**zu I.: Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den 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 in die umseitig beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

## Bestätigung des Radiologen (vom behandelnden Radiologen auszufüllen)

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsprogramm **mpMRT** erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Stempel **Radiologe**

## **I. Information Teilnahmebedingungen:**

Mit meiner Entscheidung an der besonderen Versorgung „mpMRT“ teilzunehmen, erhalte ich eine einmalige innovative Diagnostik. Ziel dieser besonderen Versorgungsform ist es, bei Verdacht auf bzw. bei Diagnose Prostatakarzinom, mittels einer schnelleren, schmerzfreien und strahlungsfreien Voruntersuchung mittels mpMRT der Prostata eine genauere Feststellung und Lokalisation krebsverdächtiger Herdbefunde vorzunehmen und damit eine präzisere Diagnostik auf der Grundlage von gezielten Prostatabiopsien zu erzielen. Die Diagnostik dient dem weiterbehandelnden Arzt zu Festlegung von therapeutischen Maßnahmen. Diese Art der medizinischen Versorgung eröffnet mir die Möglichkeit, bei meinem gewählten Radiologen an einer qualitätsgesicherten Versorgung durch die Umsetzung einer modernen Form der Diagnostik als Grundlage der nachfolgenden Behandlungsabläufe teilzunehmen. 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.

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. die besondere Versorgung eine besondere Versorgungsstruktur 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 Radiologen obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des mpMRT-Vertrages gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
6. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung), schriftlich oder elektronisch, beginnt.
7. ich an meine Teilnahme für die Dauer der Behandlung gebunden bin und meine Teilnahme ohne Angabe von Gründen innerhalb von 2 Wochen schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen kann.
8. meine Teilnahme endet:
  - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V
  - 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 mpMRT-Vertrag teilnimmt.
  - an dem Tag, an dem die besondere Versorgung abgeschlossen ist, spätestens jedoch 3 Monate nach der Einschreibung
  - mit Vollendung des 75. Lebensjahres
  - mit dem Ende des mpMRT-Vertrages oder
  - mit dem Ende der Teilnahme meines behandelnden Radiologen.
9. meine Patientendaten (Versorgungsdaten, Abrechnungsdaten, Ergebnisse der Lebensqualitäts- und Zufriedenheitsbefragung) in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug und ohne Personenbeziehbarkeit) auf Basis der gesetzlichen Vorschriften für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch die Vertragspartner Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und AOK PLUS verwendet werden können.
10. die AOK PLUS eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) durchführen will. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Meine Teilnahme am mpMRT-Vertrag ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.
11. ich im Falle einer Evaluation dieser besonderen Versorgung nach Beginn meiner Teilnahme gesondert angeschrieben und darum gebeten werde, in die Verwendung meiner erhobenen Daten in versichertenbezogener Form (d. h. mit Personenbezug) und in die dafür erforderliche Bereitstellung meiner Daten an einen Evaluator schriftlich einzuwilligen. Die Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten zum Zweck der Evaluation ist freiwillig. Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung ist nicht abhängig von der Erteilung meiner Einwilligung in die Verwendung meiner Daten für die Evaluation.

### **Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V:**

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich 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 nach Erhalt dieser Belehrung mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf 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 mpMRT-Vertrag:**

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 erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Gemäß den Bestimmungen der besonderen Versorgung ist eine darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten erforderlich. Meine Einwilligung in die für die Vertragsdurchführung erforderliche Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten ist Voraussetzung für meine Teilnahme an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. Mir ist hiermit 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 und die KVT bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten/Patientendaten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme erhalten.
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 gemäß den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersandt werden können.
5. die AOK PLUS und die KVT entsprechend § 295 Abs. 2 und § 295a SGB V im Rahmen der Leistungsabrechnung im Umfang der Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhalten.
6. sich die Aufbewahrung und Löschung der personenbezogenen Daten, insbesondere bei Vertragsende, Widerruf der Teilnahmeerklärung, Beendigung der Teilnahme oder Widerruf der Einwilligungserklärung, nach den für den Beteiligten geltenden, jeweils einschlägigen Bestimmungen richtet.

**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 mpMRT-Vertrag 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](mailto:service@plus.aok.de).

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte) bzw. in der beigefügten Anlage. Bei Fragen erreiche ich die AOK PLUS postalisch (AOK PLUS, 01058 Dresden) oder den Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS per Mail ([Datenschutz@plus.aok.de](mailto:Datenschutz@plus.aok.de)).

## Versicherteninformation zur Teilnahme und zur Datenverarbeitung

### Teilnahmeinformation

#### 1) Was beinhaltet die besondere Versorgung des o. g. Vertrages für mich als Versicherten?

Ziel dieser besonderen Versorgungsform ist es, bei Verdacht auf bzw. bei Diagnose Prostatakarzinom, durch eine schnellere, schmerzfreie und strahlungsfreie Voruntersuchung mittels multiparametrischer Magnetresonanztomographie (mpMRT) der Prostata eine genauere Feststellung und Lokalisation krebserdächtiger Herdbefunde vorzunehmen und damit eine präzisere Diagnostik auf der Grundlage von gezielten Prostatabiopsien bei geeigneten Patienten zu erzielen. Die Diagnostik dient dem weiterbehandelnden Arzt zur Festlegung von therapeutischen Maßnahmen.

Diese Art der medizinischen Versorgung eröffnet Ihnen die Möglichkeit, bei Ihrem gewählten Radiologen an einer qualitätsgesicherten Versorgung durch die Umsetzung einer modernen Form der Diagnostik als Grundlage der nachfolgenden Behandlungsabläufe teilzunehmen.

#### 2) Teilnahmevoraussetzungen

- Sie sind bei der AOK PLUS versichert und haben das 75. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert und es liegt ein Verdacht bzw. die Diagnose Prostatakrebs vor.
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken und schließen daher eine weitere diagnostische/therapeutische Konsequenz (Prostata-Re-Biopsie, Operation, Radiatio) nicht aus.
- Sie wählen einen Radiologen, der am Programm teilnimmt.
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung zur Datenverarbeitung sowie zur Evaluation im Zusammenhang mit der gesetzlichen Verpflichtung § 140a Abs. 2 Satz 4 SGB V im Rahmen der besonderen Versorgung.

Ihre Teilnahme am besonderen Versorgungsprogramm ist freiwillig und die zusätzlichen ärztlichen Leistungen für Sie kostenfrei. Ausgenommen davon sind alle gesetzlichen Zuzahlungen im Rahmen dieses besonderen Versorgungsprogrammes, wie zum Beispiel für die Inanspruchnahme der physiotherapeutischen Leistungen, verordneter Arzneimittel und ggf. weiterer Zuzahlungen im Rahmen Ihrer Behandlung. Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre AOK umgehend.

### Datenverarbeitung

#### Informationen des Versicherten zur Datenverarbeitung durch die AOK PLUS und ihrer Vertragspartner nach der Datenschutz-Grundverordnung (im Weiteren DSGVO) und dem SGB V

Ihre Daten werden entsprechend der vertraglichen Aufgaben der Vertragspartner (AOK PLUS, Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT)) im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V unter Wahrung der weiteren gesetzlichen Vorgaben entsprechend § 295 Abs. 2 Satz 1 und § 295a SGB V verarbeitet

#### 1) Datenkategorien und Datenherkunft

Wir verarbeiten die nachfolgenden Kategorien von Daten im o. a. Vertrag:

1. Daten zur Person (Stamm- und Kommunikationsdaten)
2. Daten zur Mitgliedschaft
3. Daten zum Versicherungsverhältnis
4. Leistungs-, Versorgungs- und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
5. Daten zum gesetzlichen Vertreter
6. Daten von Vertragspartnern

## **2) Der Weg Ihrer Daten in der besonderen Versorgung Datenübermittlungen zur Vertragsdurchführung und ärztlichen Leistungsabrechnung**

Datenübermittlungen erfolgen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften, der sozialgesetzlichen oder anderen Rechtsvorschriften unter den Vertragspartnern (AOK PLUS, KVT) und den Leistungserbringern/Vertragsärzten zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung der besonderen Vertragsleistungen.

Die besonderen Leistungen Ihres gewählten Facharztes werden vertragsgemäß von der Krankenkasse vergütet. Dazu muss er nach Klärung Ihrer Teilnahmeberechtigung eine Abrechnung erstellen. Ihr Arzt übermittelt entsprechend § 295 Abs. 2 und gemäß § 295a SGB V Ihre für die Abrechnung erforderlichen Daten resultierend aus seiner Behandlung aus seinem Praxis-Datenspeicher sicher verschlüsselt an die KVT. Anschließend übermittelt die KVT Ihrer Krankenkasse in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und wiederum verschlüsselt eine sogenannte Abrechnungsdatei mit Ihren Daten. Auf dieser Grundlage zahlt die Krankenkasse die Vergütung für Ihren Arzt aus.

Für und während Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung werden auf Grundlage Ihrer Einwilligung und den gesetzlichen Grundlagen Ihre personenbezogenen Daten sowie Ihre Gesundheitsdaten aus der ärztlichen Behandlung und Versorgung gesichert verarbeitet.

Diese Verarbeitung erfolgt zweckgebunden zur ordnungsgemäßen und qualitätsgesicherten Behandlung der besonderen Versorgung, ihrer vertragsgemäßen Durchführung und Abrechnung, sowie der erforderlichen ärztlichen Dokumentation der ärztlichen Behandlung unter Einhaltung der jeweils einschlägigen gesetzlichen Vorgaben. Darüber hinaus erfolgt die Datenverarbeitung zweckgebunden zur Qualitätssicherung des Vertrages und der daraus resultierenden Beratung/Unterstützung der Ärzte zu Umsetzungsfragen sowie zur gesetzlich geforderten Wirtschaftlichkeitsberechnung.

## **3) Dauer der Speicherung**

Die Daten werden für die vertragliche Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI), des ärztlichen Berufsrechts sowie nach der allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung und ggf. anderen Vorschriften des Sozialgesetzbuches gespeichert und anschließend gelöscht.

## **4) Rechte der betroffenen Person bei der Datenverarbeitung nach Art. 13 und 14 DSGVO**

Bei der Datenverarbeitung auf Grund einer Einwilligung besteht das Recht, diese jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Eine weitere Teilnahme an der besonderen Versorgung ist dann zukünftig nicht mehr möglich. Es bleibt bei der regulären fachärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch diesen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Sie haben zudem unter den gesetzlichen Voraussetzungen ein Widerspruchsrecht (Art. 21 DSGVO i. V. m. § 84 SGB X), ein Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1 DSGVO) und auf Sperrung (Art. 18 DSGVO).

Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten in der Arztpraxis ist Ihr Arzt. Für die Teilnahme an der besonderen Versorgung erfolgt die weitere Verarbeitung durch die KVT, Zum Hospitalgraben 8 in 99425 Weimar. Sie können sich wegen der dortigen Verarbeitung der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstabe f) und h) i. V. m. Abs. 3 DSGVO und §§ 295, 295a i. V. m. 140a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten gegen zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle an der Verarbeitung Beteiligten sind auf den Datenschutz besonders verpflichtet, unterstehen dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt ebenfalls nur im gesetzlich zulässigen Umfang. Die verantwortliche Stelle bei Ihrer Krankenkasse, dessen Datenschutzbeauftragten und seine Kontaktdaten sind dieser Information zu entnehmen.

## **5) Wissenschaftliche Begleitung (Evaluation)**

Um stetig die besondere Versorgung qualitätsgesichert auf dem aktuellen Stand zu halten und weiterzuentwickeln, ist vorgesehen, mittels einer wissenschaftlichen Auswertung den Therapieerfolg im Abgleich mit der Behandlung zu evaluieren. Grundsätzlich werden hierbei persönliche Daten pseudonymisiert, so dass ein Rückschluss auf Sie gesperrt ist.

## **6) Verantwortlicher**

AOK PLUS

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.

## **7) Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der AOK PLUS**

postalisch

AOK PLUS

Beauftragter für den Datenschutz

01058 Dresden

oder per Mail [datenschutz@plus.aok.de](mailto:datenschutz@plus.aok.de)

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte).

## 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 Wahltarifen 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](mailto:service@plus.aok.de),  
[www.aok.de/plus/datenschutzrechte](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](mailto: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