

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 von Patienten mit Risikofeststellung auf familiäre Belastung für Brust- und Eierstockkrebs und deren Angehörige (FBREK) gemäß § 140a SGB V



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

V80B

**Ersteinschreibung**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

## I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme an der besonderen Versorgung über die Risikofeststellung, die interdisziplinäre Beratung, die Gendiagnostik, das Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm (IFNP) einschließlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Information über die Maßnahmen für Patientinnen mit familiärer Belastung für Brust- und Eierstockkrebs und deren Angehörigen (FBREK) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Programm 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 FBREK 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.

**zu I.: Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung FBREK nach § 140a SGB V 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 FBREK nach § 140a SGB V ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten)

## Bestätigung des Zentrums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsmanagementprogramm FBREK erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Stempel FBREK-Zentrum

Exemplar für die AOK PLUS



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 von Patienten mit Risikofeststellung auf familiäre Belastung für Brust- und Eierstockkrebs und deren Angehörige (FBREK) gemäß § 140a SGB V



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

V80B

**Ersteinschreibung**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

## I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme an der besonderen Versorgung über die Risikofeststellung, die interdisziplinäre Beratung, die Gendiagnostik, das Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm (IFNP) einschließlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Information über die Maßnahmen für Patientinnen mit familiärer Belastung für Brust- und Eierstockkrebs und deren Angehörigen (FBREK) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Programm 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 FBREK 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.

**zu I.: Ja**, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung FBREK nach § 140a SGB V 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 FBREK nach § 140a SGB V ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten)

## Bestätigung des Zentrums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsmanagementprogramm FBREK erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Stempel FBREK-Zentrum



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 von Patienten mit Risikofeststellung auf familiäre Belastung für Brust- und Eierstockkrebs und deren Angehörige (FBREK) gemäß § 140a SGB V



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

V80B

**Ersteinschreibung**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

Institutionskennzeichen (IK) der einschreibenden Institution:

### I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich als Versicherter der AOK PLUS meine Teilnahme an der besonderen Versorgung über die Risikofeststellung, die interdisziplinäre Beratung, die Gendiagnostik, das Intensivierte Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm (IFNP) einschließlich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Information über die Maßnahmen für Patientinnen mit familiärer Belastung für Brust- und Eierstockkrebs und deren Angehörigen (FBREK) gemäß § 140a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und die Teilnahmebedingungen der besonderen Versorgung informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation, Information zur Datenverarbeitung) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Programm 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 FBREK 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.

**zu I.:** Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung FBREK nach § 140a SGB V 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 FBREK nach § 140a SGB V ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten)

### Bestätigung des Zentrums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen am Versorgungsmanagementprogramm FBREK erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Stempel FBREK-Zentrum



## I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung:

Das Ziel dieses interdisziplinären Programms der besonderen Versorgung ist die Sicherstellung einer engmaschigen Früherkennung und Versorgung von Patientinnen/Patienten, die von einem genetisch bedingt hohen Risiko betroffen sind, an Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken. Neben der Feststellung des tatsächlichen Erkrankungsrisikos wird eine Verbesserung des Krankheitsverlaufes durch eine frühzeitige Diagnostik und eine Senkung der Erkrankungsraten angestrebt. Die aus der Diagnostik gewonnenen Erkenntnisse werden, soweit möglich, zeitnah und sektorenübergreifend in das klinische Versorgungskonzept integriert. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (<http://www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de/>).

Die gewählten VERTRAGSÄRZTE bieten für die Versicherten der AOK PLUS diese besondere Versorgung an und die AOK PLUS übernimmt die dafür vereinbarte Vergütung. Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehme ich die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung FBREK in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag und dem dort beinhaltenen Versorgungsauftrag ergeben.

Mir ist insbesondere bekannt, dass

1. als Voraussetzung für meine Teilnahme am FBREK eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen und ich das 15. Lebensjahr vollendet haben muss.
2. meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung freiwillig ist, diese mit Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß Punkt 7 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 FBREK 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 FBREK ergänzend anbietet und durchführt.
4. ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages zum besonderen Versorgungsprogramm FBREK bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. den vertraglichen Bestimmungen des FBREK sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ergeben.
5. die medizinische Verantwortung dem FBREK-Zentrum obliegt und dieses seine Leistungen im Rahmen des Versorgungsprogramms gegenüber den Versicherten weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen erbringt.
6. Ich keine weiteren Leistungen, die Gegenstand dieses besonderen Versorgungsprogrammes FBREK sind, nach §§ 116 b SGB V (ambulante Behandlung am Krankenhaus) und § 117 SGB V (Hochschulambulanzvertrag) in Anspruch nehmen darf.
7. meine Teilnahme mit dem Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße Teilnahme- und Einwilligungserklärung), schriftlich, beginnt.
8. ich mich mit meiner Teilnahme für jeweils für einen Kalendermonat an die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer binde. Eine Kündigung ist jederzeit unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist gegenüber einem der behandelnden Ärzte, gegenüber dem FBREK-Zentrum oder meiner Krankenkasse möglich. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich meine Teilnahme jeweils um einen Monat. Meine Kündigung erfolgt schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden.
9. meine Teilnahme endet:
  - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß I.
  - an dem Tag, an dem ich die Beendigung meiner Teilnahme gegenüber der AOK PLUS bzw. dem Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 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 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 Besondere Versorgung abgeschlossen ist, spätestens jedoch
  - wenn ich mich gegen die Durchführung einer Genanalyse entscheide,
  - wenn ich mangelnde Mitwirkung zeige bzw. die vorstehenden Bedingungen/Pflichten nicht beachte und das über einen Zeitraum von mehr als 24 Monate, insbesondere mehrmals Präventionstermine versäume,
  - bei Vorliegen der folgenden Ausschlusskriterien:
    - nicht-informativer Befund bei der Genanalyse und Ausschluss einer Hochrisikosituation,
    - wenn das individuelle Brustkrebsrisiko mit zunehmendem Lebensalter deutlich gesunken ist und daher in die allgemeine Brustkrebsfrüherkennung übergegangen werden kann,
    - beidseitige therapeutische und vorbeugende Entfernung der Brustdrüsen (Mastektomie) und
    - systematische Metastasierung, unabhängig davon, ob es sich um Metastasen eines Mammakarzinoms oder eines Ovarialkarzinoms handelt.
  - mit dem Ende des besonderen Versorgungsprogramms FBREK.
10. meine Patientendaten (Versorgungsdaten, Abrechnungsdaten, Ergebnisse der Lebensqualitäts- und Zufriedenheitsbefragung, ..... ) in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch den Vertragspartner FBREK-Zentrum verwendet werden.
11. die Vertragspartner eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) durchführen wollen. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Meine Teilnahme an der besonderen Versorgung „FBREK“ ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.
12. ich im Falle einer Evaluation dieser besonderen Versorgung nach Beginn meiner Teilnahme an dieser gesondert angeschrieben und darum gebeten werde, in die Verwendung meiner erhobenen Daten in [pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug)/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.
13. Sollte der Vertrag zur besonderen Versorgung FBREK insoweit geändert werden, dass meine Teilnahme davon berührt ist, werde ich darüber informiert und habe das Recht, aus diesem Grund meine Teilnahme zu kündigen.

### **Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß § 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 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 Versorgungsvertrag FBREK:**

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 (VERTRAGSÄRZTE, Kassenärztliche Vereinigung [SAC/THR] und AOK PLUS) erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Gemäß den vertraglichen Regelungen und den

Versorgungsbedingungen der besonderen Versorgung ist eine darüberhinausgehende Datenverarbeitung durch die Vertragsbeteiligten 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 (TE/EWE) im FBREK-Zentrum verbleibt und ein elektronisches Teilnehmerverzeichnis an die AOK PLUS übersendet wird (Die AOK PLUS kann die Vorlage, insbesondere zum Nachweis der wirksamen Einschreibung, verlangen.) oder die TE/EWE bei der AOK PLUS aufbewahrt wird. Die AOK PLUS erhält bei Einschreibung folgende personenbezogene Daten: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum sowie den Beginn der Teilnahme.
2. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung zehn Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch das FBREK-Zentrum vernichtet wird.
3. meine Patientendaten im Rahmen meiner Teilnahme an dem Vertrag in einer gemeinsamen Dokumentation gespeichert werden dürfen. Im Falle einer gemeinsamen Dokumentation dürfen alle mich im Rahmen des Versorgungsprogramms FBREK behandelnden Leistungserbringer Behandlungsdaten und Befunde aus der gemeinsamen Dokumentation abrufen, soweit die Informationen für meinen konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden sollen und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 StGB zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
4. meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an den überweisenden bzw. einschreibenden Arzt und/oder an von mir benannte Vertragsärzte übersandt werden.
5. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhält, welche das FBREK-Zentrum übermittelt.
6. Sofern das FBREK-Zentrum einen Kooperationsvertrag gemäß dem Versorgungsprogramm zur Erbringung von Teilleistungen mit einem externen Kooperationspartner geschlossen hat, rechnet das Kooperationszentrum seine Leistungen direkt mit dem FBREK-Zentrum ab. Im Rahmen dieser Leistungsabrechnung erhalten die Kooperationspartner Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug

### **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 Versorgungsprogramm FBREK verbunden ist, bei meinem Ausscheiden die Daten gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nicht mehr benötigt werden und dass dies die Rechtmäßigkeit der bisher aufgrund meiner Teilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich richten an: AOK PLUS, 01058 Dresden.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu meinen Rechten finde ich unter [aok.de/plus/datenschutzrechte](http://aok.de/plus/datenschutzrechte). 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)).

Informationen und Auskünfte zur Datenverarbeitung durch und bei den beteiligten Leistungserbringern und zu meinen diesbezüglichen Rechten erhalte ich vom jeweiligen Leistungserbringer.



## Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten

Ihre Daten sind bei 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 erfolgen 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 Hilfsmitteln
- 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
- Leistung-, 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](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 5, 01067 Dresden