

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 gemäß § 73a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen)

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



Exemplar für die AOK PLUS

V40C

- Einschreibung im Rahmen ZWEITMEINUNGSVERFAHREN**  
 Anmeldung durch HAUSARZT am: \_\_\_\_\_ Vorstellung beim FACHARZT am: \_\_\_\_\_  
 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT:  Beendigung  Krankenhauseinweisung  
 INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)
- Einschreibung im Rahmen ENTLASSUNGSMANAGEMENT**  erfolgte im Krankenhaus am:   
 Weiterführende Behandlung durch FACHARZT:  Beendigung  IPV T T M M J J J J
- Einschreibung im Rahmen INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)**
- Ausnahmefall**

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

Name, Vorname des FACHARZTES, bei dem die Einschreibung erfolgt

Name, Vorname des gewählten HAUSARZTES

BSNR des o. g., gewählten HAUSARZTES

LANR des o. g., gewählten HAUSARZTES

## I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen auf der Grundlage des Strukturvertrages gemäß § 73a SGB V als Ergänzung zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte und Teilnahmebedingungen des Versorgungsprogramms PsycheAktiv Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Informationsmaterialien (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag PsycheAktiv Sachsen gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben.

Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe dieser Teilnahmeerklärung gemäß umseitiger Erläuterungen. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen dieses Versorgungsangebotes in Anspruch nehme. Hiermit erkläre ich, dass ich den oben angegebenen HAUS- und FACHARZT als meine behandelnden Ärzte im Rahmen dieses Vertrages wähle.

## II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich bin über die Datenverarbeitung (Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung meiner Daten) zum Zweck und im Rahmen von PsycheAktiv Sachsen umfassend informiert worden. Die Erteilung meiner Einwilligung ist freiwillig. Meine Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist jedoch nur möglich, wenn ich meine Einwilligung erteile. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

**zu I.:** Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitigen Erläuterungen am Vertrag PsycheAktiv Sachsen gem. § 73 a 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 am Vertrag PsycheAktiv Sachsen 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 einschreibenden FACHARZTES

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag PsycheAktiv Sachsen erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift FACHARZT

Stempel FACHARZT

## I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung (TE)

Versicherte der AOK PLUS, bei denen die vertraglich definierten Diagnoseschlüssel diagnostiziert sind, können an der Versorgung im Rahmen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen teilnehmen, sofern

- sie das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine gültiges Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS besteht,
- keine Ausschlusskriterien vorliegen,
- sie durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren und
- sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden HAUSARZT und einen an diesem Vertrag teilnehmenden FACHARZT als ihren patientenbezogenen Versorgungsverbund gewählt haben. In Ausnahmefällen, die der FACHARZT entsprechend der vertraglichen Regelungen feststellen und bestätigen muss, ist nach Entscheidung der AOK PLUS eine Teilnahme des Versicherten auch ohne die Wahl eines HAUSARZTES möglich. In diesem Fall kreuzt der FACHARZT das Feld „Ausnahmefall“ an.

Teilnehmende Versicherte der AOK PLUS nehmen die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen PsycheAktiv Sachsen in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes und die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme aus dem Vertrag PsycheAktiv Sachsen und dem dort beinhalteten Versorgungsauftrag ergeben. Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Dieser Versorgungsvertrag stellt eine besondere Versorgungsform dar, die die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsvertrages (§ 630a ff. BGB) gemäß den Versorgungs- und Teilnahmebedingungen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen ergänzend anbietet und durchführt. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, finden daher die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung. Die Teilnahme an dieser Versorgung schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V außerhalb PsycheAktiv Sachsen nicht ein. Der Vertrag kann von den Vertragspartnern geändert und angepasst werden. Die weitere Durchführung und Teilnahme ist nur in der jeweils geltenden Fassung möglich.

Nach den Maßgaben dieses Vertrages und unter Beachtung der Fachgebietsgrenzen übernehmen der HAUSARZT und das Versorgungsnetz des FACHARZTES als der vom Versicherten gewählte Versorgungsverbund die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag. Der Versorgungsverbund aus HAUSARZT, FACHARZT, Therapiebegleiter und Krankenhaus bildet keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB. Die VERTRAGSÄRZTE haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen VERTRAGSÄRZTE. Die selbständige Berufsausübung der beteiligten VERTRAGSÄRZTE bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die VERTRAGSÄRZTE, insbesondere nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen, bei der Versorgung der Versicherten zusammen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung obliegt dem jeweils behandelnden VERTRAGSARZT. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieser Versorgungsform weiterhin selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen.

Mit Unterzeichnung der TE/EWE verpflichtet sich der Versicherte, den von den gewählten VERTRAGSÄRZTEN vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diese VERTRAGSÄRZTE für die Behandlung seiner Erkrankung, aufgrund derer er zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt ist, aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit des Versicherten sowie bei der Inanspruchnahme von Notfällen (bei Nichterreichbarkeit des betreuenden HAUS- und FACHARZTES sowie ggf. des Therapiebegleiters). Darüber hinaus verpflichtet sich der Versicherte a) zur Vorstellung zum Zweitmeinungsverfahren (ZMV) beim FACHARZT vor einer stationären Aufnahme sowie je nach Ergebnis des ZMV entweder die stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen oder entsprechend der Therapieempfehlungen des FACHARZTES die ambulante Behandlung, ggf. im Rahmen dieses Vertrages (Versorgungssäule Interdisziplinäre psychiatrische Behandlung (IPV)), fortzusetzen, b) zur Mitarbeit sowie zur Umsetzung der Empfehlungen des Therapiebegleiters im Rahmen des Entlassungsmanagements (EM), c) zur Teilnahme an der IPV und damit zur Inanspruchnahme der besonderen sozialpsychiatrischen Betreuung und Unterstützung durch einen Therapiebegleiter, d) im Krisenfall möglichst telefonischen Kontakt zum Therapiebegleiter oder der FACHARZTpraxis aufzunehmen und e), vertragsbezogene Anfragen/Prüfungen durch die AOK PLUS und/oder den MDK zu unterstützen.

Die Teilnahme an dieser Versorgung beginnt am Tag der Einschreibung (ordnungsgemäße TE/EWE) im Rahmen des ZMV und der IPV mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE nach erfolgter persönlicher, umfassender und patientenbezogener Beratung über die Inhalte und Ziele des Vertrages PsycheAktiv Sachsen durch den FACHARZT, bei Einschreibung i. R. des EM mit dem Unterschriftsdatum des Versicherten (gleich dem Datum der Einschreibung im Krankenhaus) und ist auf maximal zwei Jahre nach Teilnahmebeginn begrenzt. Die Teilnahme endet Tag genau automatisch mit Ablauf der zwei Jahre, sofern keine vorzeitige Beendigung aus anderen Gründen erfolgt. Eine befristete Verlängerung der Teilnahmedauer ist in durch den FACHARZT begründeten Fällen nach Genehmigung durch die AOK PLUS möglich. Grundlage bildet ein Verlängerungsantrag, welcher durch den Versicherten und den FACHARZT zu unterzeichnen ist.

Der teilnehmende Versicherte ist kein Vertragspartner des Vertrages PsycheAktiv Sachsen. Die Rechte und Pflichten des teilnehmenden Versicherten ergeben sich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. PsycheAktiv Sachsen, den Versorgungsbedingungen sowie dieser TE/EWE. Der Versicherte ist an seine Teilnahme gebunden und kann seine Teilnahme ohne Angaben von Gründen schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen. Darüber hinaus endet die Teilnahme des Versicherten:

- mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß III. oder
- an dem Tag, an dem ich meine, mit der Unterzeichnung der TE/EWE erteilte datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe II.) schriftlich gegenüber der AOK PLUS widerrufe oder
- mit Ablauf des o. g. befristeten Teilnahmezeitraumes oder
- mit dem Tag des Wegfalls der oben genannten Teilnahmevoraussetzungen oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden FACHARZTES, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden FACHARZT wählt oder
- wenn dauerhaft weitere Ärzte zur Behandlung seiner Erkrankung, aufgrund derer er zur Teilnahme an dieser Versorgung berechtigt ist, in Anspruch genommen werden, was nicht mit dem gewählten HAUS- oder FACHARZT abgestimmt ist bzw. bei einem dauerhaften Wechsel des Versicherten zu einem Facharzt, der nicht am Vertrag teilnimmt oder
- am Tag der Durchführung des ZMV oder des EM, wenn im Ergebnis nach Einschätzung des FACHARZTES eine weitere Versorgung im Rahmen dieses Vertrages nicht angezeigt oder möglich ist oder
- an dem Tag, an dem der betreuende HAUS- oder FACHARZT, die AOK PLUS und/oder der MDK feststellt/en, dass Teilnahmevoraussetzungen nicht beachtet/nicht erfüllt werden, Ausschlusskriterien, Pflichtverletzungen oder die Nichtnotwendigkeit der besonderen Versorgung im Rahmen dieses Vertrages vorliegen oder
- mit Ende des Versicherungsverhältnisses bei der AOK PLUS oder
- mit dem Ende des Vertrages PsycheAktiv Sachsen.

Im Falle von Widerruf oder Kündigung wird der Versicherte über das Teilnehmende schriftlich durch die AOK PLUS, in allen anderen Fällen durch den betreuenden FACHARZT informiert.

Eine erneute Teilnahme am ZMV, EM und an der IPV ist in Abstimmung zwischen dem HAUS- und FACHARZT möglich.

Sofern im Rahmen dieser Versorgung wissenschaftlich standardisierte Lebensqualitäts- und/oder medizinische Befragungen durchgeführt werden/wird, welche zu wissenschaftlichen Zwecken durch einen Evaluator verwendet und ausgewertet werden, erfolgen/t diese in pseudonymisierter Form. Der Versicherte verpflichtet sich, an diesen/r teilzunehmen. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen Daten und die Ergebnisse dieser medizinischen Befragungen werden für eine Evaluation verwendet, an einen Evaluator in pseudonymisierter bzw. anonymisierter Form weitergegeben und zum Zweck der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung des Vertrages von diesem genutzt. Patientendaten teilnehmender Versicherter dürfen durch die Vertragspartner (AOK PLUS/KV Sachsen) ausschließlich in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Die Teilnahme an allgemeinen Patientenbefragungen der AOK PLUS (Zufriedenheitsanalyse) ist freiwillig, daher ist die Teilnahme PsycheAktiv Sachsen von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.

## **II. Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Datenerhebung, -verarbeitung, -übermittlung und -nutzung) im Rahmen meiner Teilnahme am Vertrag PsycheAktiv Sachsen:**

Die Einwilligung des Versicherten in die Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß den Bestimmungen des Vertrages PsycheAktiv Sachsen ist Voraussetzung für die Teilnahme des Versicherten an der besonderen Versorgung und deren Durchführung. 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 Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) durch die Beteiligten erhoben, verarbeitet, übermittelt und genutzt. Darüber hinausgehend willige ich für die Inanspruchnahme der Versorgung darin ein, dass

1. die TE/EWE durch den von mir gewählten FACHARZT an die AOK PLUS mit allen darauf enthaltenen Daten übersendet und dort aufbewahrt wird.
2. meine schriftliche TE/EWE sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS vernichtet wird.
3. die AOK PLUS die teilnehmenden Versicherten mit dem jeweils gewählten HAUSARZT und FACHARZT in einem Verzeichnis zusammenführt, das sie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) zur Verfügung stellt. Die KVS ist die Abrechnungsstelle, bei der die HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE die Leistungen abrechnen. Die KVS erhält in diesem Zusammenhang von der AOK PLUS folgende personenbezogene Daten: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme am Vertrag, gewählter HAUSARZT, gewählter FACHARZT.
4. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inkl. -diagnosen mit Personenbezug erhält.
5. die AOK PLUS und/oder der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen) vertragsbezogene Daten/Dokumentationen mit Personenbezug von den behandelnden HAUS- und/oder FACHÄRZTEN abfordern kann.
6. Daten, Befunde und Patientenunterlagen in Kopie zwischen den an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringern übersendet werden können.
7. 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 von PsycheAktiv Sachsen 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.
8. 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.
9. die AOK PLUS und/oder der MDK vertragsbezogene Anfragen an den Versicherten stellt und diese anonymen Ergebnisse/Daten durch die AOK PLUS/den MDK zu Prüfungs- bzw. Qualitätssicherungszwecken arztbezogen ausgewertet werden.
10. die erhobenen und gespeicherten Daten zwei Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme an PsycheAktiv Sachsen gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.
11. die von mir im Rahmen der Teilnahme an PsycheAktiv Sachsen erhobenen Daten gegebenenfalls in pseudonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für eine Evaluation verwendet und zu diesem Zweck einem Evaluator zur Verfügung gestellt und von diesem wissenschaftlich ausgewertet werden dürfen.

### **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 an PsycheAktiv Sachsen 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)).

## **III. Widerrufsrecht gemäß § 73a SGB V:**

Mir ist bekannt, dass ich meine Teilnahmeerklärung (siehe unter I. Teilnahmeerklärung) innerhalb von zwei Wochen in Textform (§ 126b BGB) oder zur Niederschrift bei der AOK PLUS ohne Angabe von Gründen gegenüber der AOK PLUS widerrufen kann (Widerrufsbelehrung). Die Frist beginnt 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.