

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

# Teilnahme- und Einwilligungserklärung

für Versicherte der AOK PLUS zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen (Pflegeheim PLUS Sachsen) gemäß Strukturvertrag nach § 73a SGB V

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



V42B

Exemplar für die AOK PLUS

**Einschreibung**

Name der Pflegeeinrichtung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten:

## I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Strukturvertrag zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten in Pflegeeinrichtungen (Pflegeheim PLUS Sachsen) auf der Grundlage des Vertrages zur besonderen Versorgung von Patienten in Pflegeheimen in Sachsen gemäß Strukturvertrag nach § 73a SGB V.

Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung und die Teilnahmebedingungen am Vertrag Pflegeheim PLUS Sachsen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie. Mir ist bekannt, welche besonderen Versorgungsbedingungen im Vertrag „Pflegeheim PLUS Sachsen“ gelten und welche Rechte und Pflichten sich für mich daraus ergeben. Meine Teilnahme beginnt mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Diese gilt für alle Leistungen, die ich im Rahmen des besonderen Versorgungsangebotes des Vertrages „Pflegeheim PLUS Sachsen“ 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. Ich willige deshalb in die unter II. beschriebene Datenverarbeitung im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung des Vertrages Pflegeheim PLUS Sachsen ein und bestätige dies hiermit mit meiner Unterschrift.

**zu I.:** Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen unter I. und den umseitig genannten Informationen an der besonderen Versorgung dem Strukturvertrag nach § 73a SGB V Pflegeheim PLUS Sachsen 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 nach dem Strukturvertrag nach § 73a SGB V Pflegeheim PLUS 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 Hausarztes

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen für den Vertrag „Pflegeheim PLUS Sachsen“ erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift

Stempel Hausarzt

## I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung (Patienteninformation):

Liebe Patientin, lieber Patient,

mit Ihrer Entscheidung am Vertrag „Pflegerheim PLUS Sachsen“ teilzunehmen, ergeben sich folgende Bedingungen und Regelungen:

Sie als Versicherter der AOK PLUS können an der Versorgung im Rahmen des Vertrages „Pflegerheim PLUS Sachsen“ teilnehmen, sofern

- Sie Bewohner der in der Teilnahmeerklärung genannten Pflegeeinrichtung sind,
- Sie durch Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren und
- Sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt gewählt haben.

Die Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig. Den allgemeinen Rahmen für die Umsetzung dieser Versorgung bilden § 73a SGB V und die im Vertrag Pflegerheim PLUS Sachsen getroffenen Regelungen. Dieser Versorgungsvertrag versteht sich als besondere Versorgungsform der vertragsärztlichen Versorgung. Soweit keine abweichenden Regelungen getroffen werden, finden daher die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V und das Vertragsarztrecht uneingeschränkte Anwendung. Es gelten daher die Arznei- und Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Regelungen zur Qualität der Versorgung. Die Regelungen des Vertrages Pflegerheim PLUS Sachsen ergänzen die Rechte und Pflichten der vertragsärztlichen Versorgung und der von den Regeln der GKV geprägten Behandlungsverhältnisse zwischen Hausarzt und Patient. Deren Inhalt wird durch den Vertrag Pflegerheim PLUS Sachsen mit geprägt und ihr Umfang nur insoweit modifiziert, wie sich dies aus dem Versorgungsvertrag Pflegerheim PLUS Sachsen ergibt und seinem Sinn und Zweck entspricht. Neben der Teilnahme an dieser Versorgung werden weder die freie Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen eingeschränkt. Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen werden durch den Vertrag ebenfalls nicht außer Kraft gesetzt.

Nach den Maßgaben dieses Vertrages übernimmt der Versorgungsverbund der Hausärzte die gemeinsame Verantwortung für die Versorgung des Versicherten nach diesem Vertrag. Der Versorgungsverbund der Ärzte bildet, soweit zwischen diesen nicht etwas anderes vereinbart ist, keine Gesellschaft bürgerlichen Rechts nach §§ 705 ff. BGB. Die Ärzte haften nicht für die Leistungen der jeweils anderen Ärzte. Die selbständige Berufsausübung der beteiligten Ärzte bleibt gewahrt. In diesem Rahmen wirken die Ärzte, insbesondere nach Maßgabe der vertraglichen Regelungen, bei der Versorgung der Versicherten zusammen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung verbleibt beim jeweils behandelnden Arzt. Dieser erbringt seine ärztlichen Leistungen nach Maßgabe der vertragsärztlichen Versorgung und dieser Versorgungsform in eigener Verantwortung im Einklang mit den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.

Mit Unterzeichnung der TE/EWE verpflichtet sich der Versicherte, dass seine Behandlung grundsätzlich von dem gewählten Hausarzt oder einem anderen Arzt aus dem Versorgungsverbund durchgeführt wird. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit des Versicherten sowie bei der Inanspruchnahme von Notfällen.

Die Teilnahme an dieser Versorgung kann jederzeit gekündigt werden. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden zu erklären. Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin

- mit dem Tag des Wegfalls der oben genannten Teilnahmevoraussetzungen oder
- mit dem Ende der Teilnahme des betreuenden Hausarztes, sofern der teilnehmende Versicherte keinen anderen am Vertrag teilnehmenden Hausarzt wählt oder
- mit Zugang des schriftlichen Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der AOK PLUS oder
- mit dem Ende des Vertrages Pflegerheim PLUS Sachsen oder
- an dem Tag, an dem der betreuende Hausarzt Ausschlusskriterien feststellt bzw. wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden (betrifft insbesondere einen Auszug aus der Pflegeeinrichtung).

Über das Ende der Teilnahme unterrichtet die AOK PLUS die betreffenden Versicherten schriftlich.

Bei wiederholter Nichtbeachtung der oben genannten Pflichten kann der Ausschluss des Versicherten aus dieser Versorgung erfolgen. Über den Ausschluss und damit die Beendigung der Teilnahme des Versicherten entscheidet die AOK PLUS, die den betreffenden Versicherten schriftlich informiert. Der Versicherte kann innerhalb von zwei Jahren nach Beendigung der Teilnahme durch die AOK PLUS nicht erneut an dieser Versorgung teilnehmen.

Als teilnehmender Versicherter der AOK PLUS nehmen Sie die gesetzlichen Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen der besonderen Versorgung in Anspruch, wobei sich der konkrete Inhalt des Versorgungsangebotes Pflegerheim PLUS Sachsen 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 am Vertrag Pflegerheim PLUS Sachsen eine Versicherung bei der AOK PLUS bestehen und ich das 18. Lebensjahr vollendet haben muss.
2. meine Teilnahme am Vertrag Pflegerheim PLUS Sachsen 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. der Vertrag Pflegerheim PLUS Sachsen 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 zum Pflegerheim PLUS Sachsen ergänzend anbietet und durchführt.
4. ich als Versicherter kein Vertragspartner des Vertrages zum Pflegerheim PLUS Sachsen bin und sich die Rechte und Pflichten als Teilnehmer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung auf Basis des jeweiligen Behandlungsvertrages i. V. m. dem Pflegerheim PLUS Sachsen den Versorgungsbedingungen sowie dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung ergeben.
5. die medizinische Verantwortung dem jeweils behandelnden Arzt obliegt und dieser seine Leistungen im Rahmen des 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) beginnt.
7. ich an meine Teilnahme gebunden bin und meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der AOK PLUS, 01058 Dresden, beenden/kündigen kann.
8. meine Teilnahme endet:
  - mit Widerruf der Teilnahmeerklärung gemäß III.
  - 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 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 Vertrag teilnimmt.
  - an dem Tag, an dem die Besondere Versorgung abgeschlossen ist.
  - mit dem Ende des Vertrages Pflegeheim PLUS Sachsen.
9. meine Patientendaten in anonymisierter Form (d. h. ohne Personenbezug) für die Qualitätssicherung der Behandlung bzw. für wissenschaftliche Zwecke durch den Vertragspartner (AOK PLUS, Kassenärztliche Vereinigung Sachsen verwendet werden können.
10. die AOK PLUS eine Patientenbefragung (Zufriedenheitsanalyse) durchführen möchte. Meine Teilnahme hieran ist freiwillig. Meine Teilnahme am Pflegeheim PLUS Sachsen ist von der Teilnahme an der Patientenbefragung nicht abhängig.

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

Die Einwilligung der Patientin/des Patienten in die Datenverarbeitung durch die Vertragspartner gemäß den Bestimmungen des Pflegeheim PLUS Sachsen ist Voraussetzung für die Teilnahme der Patientin/des Patienten 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 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: Name, Vorname, Krankenversicherungsnummer, Beginn der Teilnahme.
2. meine schriftliche Teilnahme- und Einwilligungserklärung sechs Jahre nach Beendigung meiner Teilnahme durch die AOK PLUS 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 von Pflegeheim PLUS 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.
4. 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.
5. die AOK PLUS im Rahmen der Leistungsabrechnung Kenntnis über die Behandlungsdaten inklusive -diagnosen mit Personenbezug erhält.
6. Daten, Befunde und Patientenunterlagen in Kopie zwischen den an dieser Versorgung beteiligten Leistungserbringern übersendet werden können.
7. die von mir im Rahmen der Teilnahme an diesem Vertrag 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 am Pflegeheim PLUS 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 § 73b Abs. 3 Satz 3 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.