

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	LANR	Betriebsstätten-Nr.
VK gültig bis	Datum	

## Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte der **IKK Brandenburg und Berlin**

Versand an:  
IKK Brandenburg und Berlin  
Unternehmensbereich Verträge  
Keithstraße 9/11  
10787 Berlin



Vertragskennzeichen:

### Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten zum „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“

Teilnahmeerklärung des Versicherten an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im  
„Berliner Projekt - Die Pflege mit dem Plus“ in der Region Berlin

Name der einschreibenden Einrichtung

IK der Pflegeeinrichtung

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

#### I. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an dem o. g. Vertrag teilnehmen werde. Ich bin ausführlich und umfassend über die Inhalte, Bedingungen und Verpflichtungen der Teilnahme an dem o. g. Vertrag informiert. Mir ist bekannt, welche besonderen Bedingungen gelten, welche Verpflichtungen ich eingehen und welche Mitwirkungen von mir gefordert werden. Ich verpflichte mich insbesondere zu Einhaltung der in der Erläuterung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung näher beschriebenen Regeln und akzeptiere diese. Ich habe die rückseitigen Erläuterungen zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung und das Versichertenmerkblatt erhalten und zur Kenntnis genommen.

#### II. Einwilligungserklärung

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten im Rahmen des o. g. Vertrages umfassend informiert und stimme dieser zu.

(Falls ja, bitte ankreuzen\*) Ich stimme zu, dass meine Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form für eine (externe) wissenschaftliche Auswertung (Evaluation) verwendet werden dürfen.

\*Diese Einwilligung kann ich jederzeit einzeln mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Die Teilnahme am Vertrag wird dadurch nicht berührt.

Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters des Versicherten

--

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

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	2	0	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Pflegeheim / Belehrender

# Erläuterung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“

## I. Erläuterungen zur Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig und kostenlos.  
Bei Nichtteilnahme oder bei einem Widerruf entstehen Ihnen keine Nachteile.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Sie sind zum Zeitpunkt der Unterschrift dieser Teilnahmeerklärung bei einer an diesem Versorgungsprogramm teilnehmenden Krankenkasse versichert und erklären Ihre Teilnahme schriftlich.
- Sie leben dauerhaft in einer an diesem Versorgungsprogramm teilnehmenden Pflegeeinrichtung (kein vorübergehender Aufenthalt im Rahmen von Urlaubs-, Verhinderungs- und Kurzzeitpflege).

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie über folgende Punkte informiert wurden:

- Die Teilnahme beginnt mit Eingangsdatum Ihrer Teilnahmeerklärung bei Ihrer Krankenkasse.
- **Sie können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK Brandenburg und Berlin, Unternehmensbereich Verträge, Keithstraße 9/11 in 10787 Berlin. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse oder von Ihr beauftragte Dritte Ihnen eine Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.**
- Bei Nichtausübung des Widerrufsrechts können Sie Ihre Teilnahme, ohne Angabe von Gründen, durch schriftliche Erklärung gegenüber Ihrer Krankenkasse beenden.
- Die besondere ambulante ärztliche Versorgung wird ausschließlich durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte oder deren Vertreter erbracht oder auf deren Veranlassung (Überweisung) von weiteren Leistungserbringern.
- Die teilnehmenden Ärzte und Therapeuten wurden Ihnen benannt. Sie sind damit einverstanden, nur die teilnehmenden Ärzte und Therapeuten in Anspruch zu nehmen.
- Sie wurden ausführlich und umfassend über die Ziele und Inhalte dieses Versorgungsprogramms informiert und haben das Versichertenmerkblatt erhalten und zur Kenntnis genommen.
- Die besonderen Leistungen und die vereinbarten Anforderungen an die Qualität wurden Ihnen erläutert.
- Wenn Sie an diesem Versorgungsprogramm teilnehmen, fallen für Sie keine Zuzahlungen zu med.-therapeutischen Leistungen (z.B. Krankengymnastik) an.

**Ihre Teilnahme endet:**

- mit der Beendigung Ihrer Mitgliedschaft/Versicherung bei Ihrer Krankenkasse.
- wenn Sie Ihre Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung, -löschung und -nutzung im Rahmen Ihrer Teilnahme widerrufen.
- wenn Ihre schriftliche Erklärung zur Beendigung der Teilnahme bis zum 15. des laufenden Monats bei Ihrer Krankenkasse eingegangen ist, zum nächsten Monatsende; in den übrigen Fällen zum übernächsten Monatsende.
- mit dem Auszug aus der vertragsnehmenden stationären Pflegeeinrichtung.
- mit dem Ende der vertraglichen Grundlage zwischen Ihrer Krankenkasse und der KV Berlin.

## II. Erläuterungen zur Einwilligungserklärung

Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften gewahrt.

Sie sind damit einverstanden, dass

- die unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung von Ihrer Pflegeeinrichtung an Ihre Krankenkasse weitergeleitet und dort mindestens bis zum Ende des 2. Geschäftsjahres nach Ende der Teilnahme aufbewahrt wird. Für alle sonstigen Unterlagen gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen.
- im Datenbestand Ihrer Krankenkasse ein Merkmal gespeichert wird, das die Teilnahme an diesem Vertrag erkennen lässt.
- Ihre Behandlungsdaten, medizinischen Befunde etc. zwischen dem behandelnden Arzt und den Kooperationspartnern (Pflegeeinrichtung, Arzt und Therapeut) ausgetauscht werden und zum Zwecke der weiteren Therapie verwendet werden.

- Ihre vertragsschließende Pflegeeinrichtung eine Dokumentation zur Koordination der verordneten pflegerischen und ergänzenden Maßnahmen führt und die an diesen Maßnahmen beteiligten Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte im jeweils erforderlichen Umfang Einsicht nehmen dürfen. Die Einsichtnahme können Sie jederzeit beschränken oder vollständig ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf wird jedoch nur für die Zukunft wirksam und kann sich auf die Fortführung der Teilnahme an beiden Teilen des „Berliner Projekts - Die Pflege mit dem Plus“ auswirken. Für die Einsichtnahme in diese Dokumentation können Sie sich an Ihre Pflegeeinrichtung wenden. Ihre in dieser gemeinsamen Dokumentation gespeicherten Gesundheitsdaten werden bei Ihrem Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (Dokumentationspflichten, Aufbewahrungsfristen) nicht mehr benötigt werden.
- Ihre Krankenkasse vom Vertragspartner die personenbezogenen Abrechnungsdaten erhält, um die Abrechnung vorzunehmen.
- eine auswertende Institution Ihre Behandlungsdaten in pseudonymisierter Form (ein Bezug zur Person ist dabei ausgeschlossen) für Maßnahmen der Qualitätssicherung und der kontinuierlichen Weiterentwicklung dieser besonderen Versorgungsform erhält sowie zur besseren Koordination und Organisation der Betreuungs- und Behandlungsprozesse sowie zu Abrechnungszwecken genutzt werden.
- Ihre Krankenkasse bei Beendigung der Teilnahme den jeweiligen Vertragspartner informiert.

Die Einwilligung gem. Abschnitt II über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung Ihrer Daten im Rahmen des o.g. Vertrages und die Einwilligung zur „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an **IKK Brandenburg und Berlin, Unternehmensbereich Verträge, Keithstraße 9/11 in 10787 Berlin**. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage der Einwilligung erfolgten Verarbeitung.

Der Widerruf in die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung der Daten im Rahmen des o. g. Vertrages hat zur Folge, dass Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ endet. Der Widerruf in die Einwilligung zur „wissenschaftlichen Auswertung (Evaluation)“ berührt Ihre Teilnahme am Vertrag nicht.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter:

[www.ikkbb.de](http://www.ikkbb.de)

## Versichertenmerkblatt

Allgemeine Informationen und Hinweise zum Datenschutz für teilnehmende Versicherte am „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“

Vielen Dank für Ihr Interesse am „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“.  
Im Folgenden möchten wir Ihnen die Ziele und Inhalte dieses Versorgungsprogramms kurz erläutern.

Das Programm umfasst die ganzheitliche Betreuung und Pflege von chronisch und psychisch kranken Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen rund um die Uhr. Festangestellte Ärzte bzw. niedergelassene Ärzte, die mit Ihrer Pflegeeinrichtung eng zusammenarbeiten, Therapeuten und professionelles Pflegepersonal betreuen Sie vor Ort. Die ärztliche Versorgung wird durch einen Vertrag zwischen Ihrer Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin hier im Haus sichergestellt. Die pflegerische sowie die Heilmittelversorgung erfolgt im Rahmen einer Vereinbarung, die zwischen Ihrer Pflegeeinrichtung und Ihrer Krankenkasse abgeschlossen wurde.

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgungsform ist freiwillig und für Sie ohne zusätzliche Kosten.

### Ihre Vorteile auf einen Blick:

- Sie genießen eine hausärztliche Betreuung durch die teilnehmenden Ärzte in Ihrer Pflegeeinrichtung.
- Es erfolgt eine kontinuierliche ärztliche Betreuung im Rahmen der wöchentlichen Regelvisite.
- Ihr behandelnder Hausarzt koordiniert die Konsultationen und Überweisungen von oder an andere Fachärzte.
- Um Ihre Versorgung zu optimieren steht Ihr behandelnder Hausarzt in einem ständigen Austausch mit den Pflegekräften und Therapeuten.
- Geschultes Personal durch die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen.
- Außerhalb der Präsenzzeit des Arztes in Ihrer Einrichtung gibt es eine ärztliche 24-stündige-Rufbereitschaft, so dass eine ärztliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung dadurch für Sie ermöglicht wird.
- Durch eine ständige Erreichbarkeit des Arztes werden Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes schnell erkannt und behandelt. Dadurch werden unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden. Sie verbleiben in Ihrer gewohnten Umgebung.
- Fahrten zum Arzt bzw. ins Krankenhaus, die für kranke Menschen oft belastend sind, werden verringert.
- Optimierte Verzahnung von hausärztlichen, medizinisch-therapeutischen und pflegerischen Leistungen (z. B. durch Fallbesprechungen, kollegiale Visitationen).
- Eine Beruhigung für Sie, da Sie in kontinuierlicher ärztlicher Betreuung sind.
- Eine bessere Erreichbarkeit des Arztes.
- Weniger Zuzahlungen aufgrund der Vermeidung von Krankenhausaufhalten und Krankenförderung.
- Zuzahlungen für medizinische-therapeutischen Leistungen (z. B. Krankengymnastik) fallen für Sie nicht an.

Diese Vorteile können Sie in Anspruch nehmen, wenn Sie gegenüber Ihrer Krankenkasse Ihre Teilnahme erklären. Die Teilnahme an der besonderen ambulanten Versorgung setzt die Teilnahme an einem Vertrag nach § 140 a SGB V i. V. m. § 92 b SGB XI Ihrer Pflegeeinrichtung voraus. Die Teilnahme ist freiwillig. Dies geschieht durch Unterzeichnung und Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen zum „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“. Mit Abgabe der unterschriebe-

nen Erklärung verpflichten Sie sich gegenüber Ihrer Krankenkasse für die Erfüllung des Versorgungsauftrages nur die an dieser Versorgungsform teilnehmenden Ärzte, Therapeuten oder deren Vertreter in Anspruch zu nehmen. Ihre Teilnahme beginnt mit dem 1. Tag des Eingangsdatums der Erklärung bei Ihrer Krankenkasse.

Im Folgenden möchten wir Sie über die Einzelheiten der von den Krankenkassen geplanten Erhebung und Verwendung Ihrer Daten informieren:

### **1. Personenbezogene Daten (auf Ihrer Krankenversicherungskarte enthalten)**

1. Name, Vorname
2. Versichertennummer
3. Geburtsdatum
4. Anschrift
5. Krankenkasse

### **2. Abrechnungsrelevante Daten**

1. Diagnose
2. Anzahl der Belegtage, d. h. die Dauer Ihres Aufenthaltes in Ihrer Pflegeeinrichtung
3. Kostendaten für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel, Heilmittel und Fahrkosten
4. Arztnummer Ihrer behandelnden Ärzte

### **3. Daten zur Qualitätssicherung**

Die am „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ teilnehmenden Vertragspartner sichern die Qualität in diesem Versorgungsprogramm.

Für die Umsetzung einer optimalen Versorgung der Teilnehmer können notwendige Gesundheitsdaten fallbezogen an weitere Ärzte und Therapeuten übermittelt werden. Bei Einbeziehung weiterer Ärzte in die Behandlung (Überweisung) werden benötigte Gesundheitsdaten nur mit Ihrer vorherigen Einwilligung von dem von Ihnen gewählten Arzt übermittelt. Es steht Ihnen frei die Daten auch selbst weiterzugeben.

Zum Zwecke der Qualitätssicherung wird durch das Pflegepersonal eine sachgerechte und kontinuierliche Pflegedokumentation geführt. Diese bildet den Pflegeprozess ab und schließt die medizinisch-therapeutische Versorgung ein. Auch der Arzt dokumentiert seine Anordnungen in der Bewohnerdokumentation.

Weiterhin können zur Qualitätssicherung Krankenunterlagen auf der Grundlage gesetzlicher Vorschriften durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen werden.

### **4. Wer erhebt Ihre Daten?**

Die Daten werden ausschließlich durch die Pflegeeinrichtung, den Vertragsarzt und die Kassen für die Durchführung des Programms erhoben.

### **5. Wer erhält Ihre Daten und warum?**

Die teilnehmenden Krankenkassen erhalten alle für die Abrechnung erforderlichen Daten. Durch Ihre Einwilligung erfolgt die Abrechnung durch den Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung gegenüber der Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin. Die KV Berlin übermittelt diese Abrechnungsdaten, nachdem die Daten aufbereitet und zusammengefasst wurden, an Ihre Krankenkasse.

Alle für das „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ erhobenen Daten dienen der Abrechnung, Maßnahmen der Qualitätssicherung und kontinuierlichen Weiterentwicklung dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgungsform sowie zur besseren Koordination und Organisation der Betreuungs- und Behandlungsprozesse.

Im Datenbestand der teilnehmenden Kassen und der KV Berlin wird ein Merkmal gespeichert, das erkennen lässt, dass Sie am „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ teilnehmen.

Bei Beendigung Ihrer Projektteilnahme wird Ihre Krankenkasse und die KV Berlin informiert.

Ihre Teilnahme endet

- mit Widerruf der Teilnahmeerklärung, wenn der Widerruf bis zum 15. des laufenden Monats bei Ihrer Krankenkasse eingegangen ist, zum nächsten Monatsersten; in den übrigen Fällen zum übernächsten Monatsersten,
- mit dem Ende des Versichertenverhältnisses bei Ihrer Krankenkasse, frühestens mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
- mit dem tatsächlichen Verlassen der Pflegeeinrichtung wegen Auszug,
- mit dem Ende der Teilnahme Ihrer Pflegeeinrichtung am Berliner Projekt - Die Pflege mit dem Plus oder
- mit dem Ende der vertraglichen Grundlagen zwischen Ihrer Krankenkasse und der KV Berlin.

Es entstehen für Sie keine Nachteile bei Widerruf oder Nichtteilnahme.

Ihre zum Projekt erhobenen und gespeicherten Gesundheitsdaten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) werden bei Ihrem Ausscheiden aus dem „Berliner Projekt“ gelöscht, insofern sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (Dokumentationspflichten, Aufbewahrungsfristen) nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Ihre vertragsschließende Pflegeeinrichtung führt eine Dokumentation zur Koordination der verordneten pflegerischen und ergänzenden Maßnahmen. Die an diesen Maßnahmen beteiligten Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte nehmen im jeweils erforderlichen Umfang Einsicht darin.

Die Einsichtnahme können Sie jederzeit beschränken oder vollständig ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf wird jedoch nur für die Zukunft wirksam und kann sich auf die Fortführung der Teilnahme an beiden Teilen des „Berliner Projekts - Die Pflege mit dem Plus“ auswirken.

Für die Einsichtnahme in diese Dokumentation können Sie sich an Ihre Pflegeeinrichtung wenden. Ihre in dieser gemeinsamen Dokumentation gespeicherten Gesundheitsdaten werden bei Ihrem Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen (Dokumentationspflichten, Aufbewahrungsfristen) nicht mehr benötigt werden.

Ihre Pflegeeinrichtung beantwortet Ihnen gerne alle weiteren Fragen rund um das „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“. Gerne informiert Sie auch Ihre Krankenkasse über das Projekt.