

+TE-ID+

 Arztwechsel, Begründung

### Exemplar für den Versicherten

Hinweis: Im Text nutzen wir aus Gründen der leichteren Lesbarkeit das generische Maskulinum. Damit sind jedoch stets alle Geschlechter gemeint.

## Patienteninformation und Teilnahmeerklärung zum Hausarztprogramm

Lesen Sie bitte diese Information in Ruhe und bewahren Sie diese auf.

### Hausarztprogramm – Was ist das?

Ihre Teilnahme an diesem Hausarztprogramm ist freiwillig und kostenlos.

Mit dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) wollen die Krankenkassen und Hausärzte gemeinsam auf gesetzlicher Grundlage (§ 73b SGB V) vertraglich die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Ziel ist es, flächendeckend die hausärztliche Versorgung in besonders hoher Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Hausarztes zu stärken. Das Hausarztprogramm ist insbesondere für Sie als Patienten interessant, wenn Sie häufiger ärztliche Behandlung benötigen. Seine Lotsenfunktion unter den an der Behandlung beteiligten Ärzten und anderen Therapeuten kann Ihr Hausarzt nur mit Ihrer Hilfe wahrnehmen.

Um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärzten und anderen Therapeuten sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Hausarztprogramm erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Informationen über Ihre Teilnahme sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht und diskutiert werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung gegenüber Ihrem Arzt natürlich widersprechen beziehungsweise den Umfang bestimmen.

Sie wählen verbindlich für mindestens ein Jahr Ihren Hausarzt. Dieser Hausarzt ist Ihr erster Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur nach Überweisung des Hausarztes in Anspruch genommen werden. Ausnahmen: Gynäkologen, Augenärzte und Kinderärzte sowie natürlich alle ärztlichen Notfalldienste. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Hausarztes) suchen Sie den von Ihrem Hausarzt benannten HZV-Vertretungsarzt auf. Die gleichzeitige Teilnahme an einem anderen Hausarztprogramm ist nicht möglich.

### Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm

Die Unterlagen zur Teilnahme am Hausarztprogramm können Sie bei Ihrem Hausarzt direkt in dessen Praxis unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift wählen Sie Ihren Hausarzt des Vertrauens und die Teilnahme an dem Hausarztprogramm für mindestens ein Jahr.

Der von Ihnen gewählte Hausarzt unterschreibt die Erklärung ebenfalls und händigt Ihnen eine Kopie aus. Ihre Einschreibe- und Einwilligungsdaten sendet der Hausarzt online mittels der Vertragssoftware oder postalisch an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum, damit dort Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung geprüft und hinterlegt werden kann. Ihr Teilnahmewunsch wird von dort an Ihre Krankenkasse übermittelt. Das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum erstellt eine Liste der teilnehmenden Versicherten für Ihre Krankenkasse und übermittelt diese ausschließlich zur Umsetzung dieses Vertrages in elektronischer Form. Die Krankenkasse hat ein Einsichtsrecht in das Original der Teilnahmeerklärung und darf diese jederzeit zu Prüfzwecken anfordern. Vor jedem Abrechnungsquartal übermittelt die Krankenkasse ein Teilnahmeverzeichnis an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum. Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmedaten werden hierfür insbesondere übermittelt: Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Arztdaten, Endgrund.

Sie erhalten von der Krankenkasse ein Begrüßungsschreiben mit der Information, wann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm beginnt. Regelmäßig beginnt sie in dem Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Krankenkasse ein oder wird für die Prüfung

noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen; darüber werden Sie durch Ihre Krankenkasse oder den Hausarzt informiert. Wird Ihre Teilnahme abgelehnt (z. B. ungeklärter Versichertenstatus, keine Versicherung bei der angeschriebenen Krankenkasse), teilt dies Ihnen und Ihrem Arzt die Krankenkasse mit.

### Ihre Vorteile auf einen Blick

- Qualitätsgesicherte hausärztliche Versorgung durch Ihren Hausarzt, der besondere Fortbildungspflichten erfüllt und bestimmte technische Standards vorhält
- Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Koordinierung und Information für den gesamten Behandlungsablauf unter allen beteiligten Ärzten und Therapeuten durch Ihren Hausarzt
- Guter Informationsaustausch optimiert Ihre Versorgung, z. B. durch Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und vor sowie nach stationären Einweisungen und bei Hilfsmitteln
- Sprechstunden täglich von Mo.–Fr. mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage
- Zusätzlich: Angebot einer wöchentlichen Termin-Sprechstunde für Berufstätige ab 7.00 Uhr oder bis mindestens 20.00 Uhr oder einer Samstags-Terminsprechstunde pro Woche
- Begrenzung der Wartezeit auf möglichst maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung

### Widerruf, Kündigung und Hausarztwechsel

**Sie haben die Möglichkeit, innerhalb von zwei Wochen Ihre Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse, ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Ihre Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Regulär kann frühestens zum Ablauf des Teilnahmejahres die Teilnahme am Hausarztprogramm ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von acht Wochen vor Ablauf in schriftlicher oder elektronischer Form bei der Krankenkasse gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate.

In besonderen Fällen können Sie auch vor Ablauf des Teilnahmejahres den Hausarzt innerhalb des Hausarztprogramms wechseln, z. B. wenn

- der bisherige Hausarzt nicht mehr am Hausarztprogramm teilnimmt,
- er umzieht und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- Sie umziehen und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

Ein Wechsel des Hausarztes muss schriftlich erklärt werden. Der Hausarzt übergibt einem neu gewählten Hausarzt seine ärztlichen Daten über Sie nur dann, wenn Sie das wünschen.

Die Krankenkasse kann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die HZV-Teilnahmebedingungen verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/Gynäkologe/Notfall ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Für Mehrkosten, die durch einen Verstoß gegen die HZV-Teilnahmebedin-

**Exemplar für den Versicherten**

gungen entstehen, können Sie in einem solchen Fall haftbar gemacht werden. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Hausarztprogramm.

Sofern Ihre Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse endet, endet auch Ihre Teilnahme an dem Hausarztprogramm.

**Ärztliche Leistungsabrechnung und der Weg Ihrer Daten**

Die besonderen Leistungen Ihres Hausarztes werden vertragsgemäß von der Krankenkasse vergütet; dazu muss er eine Abrechnung erstellen: Ihr Hausarzt übermittelt gem. § 295a SGB V Ihre für die Abrechnung in Betracht kommenden Daten aus seinem Praxis-Datenspeicher sicher verschlüsselt an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum. Dort wird Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm geprüft, dann werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt das Rechenzentrum aus den Daten eine Abrechnungsdatei, die es der Krankenkasse in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und verschlüsselt zur Verfügung stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt die Krankenkasse die Vergütung für Ihren Hausarzt aus.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür insbesondere übermittelt: Name, Geschlecht, PLZ, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kassenkennzeichen, Versicherterstatus, Teilnahmearten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Sie nehmen an der Hausarztzentrierten Versorgung teil, die die übliche Regelversorgung ergänzt. Im Zuge dieser Hausarztzentrierten Versorgung übermittelt die Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung versichertenbezogene Informationen, z. B. dass Sie an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Die Übermittlung geschieht im Einklang mit gesetzlichen Verpflichtungen der Krankenkassen aus dem Sozialgesetzbuch V. Diese Informationen werden in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Regelungen für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und gem. § 304 SGB V spätestens nach 10 Jahren gelöscht.

Sofern die Krankenkasse zur Umsetzung ihrer vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten mit einem Dienstleister zusammenarbeitet, leitet sie Ihre Daten an den Dienstleister weiter. Außerdem wird in dem Datenbestand der Krankenkasse und dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum ein Merkmal gespeichert, das Ihren HZV-Teilnahmestatus erkennen lässt. Diese Information erhält auch regelmäßig Ihr Betreuerarzt.

Wenn Sie einen anderen Hausarzt als Ihren Betreuerarzt aufsuchen, der ebenfalls am Hausarztprogramm teilnimmt z. B. im Vertretungsfall, kann dieser im Einzelfall Ihren Teilnahmestatus am Hausarztprogramm elektronisch prüfen und die Abrechnungsdaten an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum als richtigen Abrechnungsempfänger senden. Zur Prüfung übermittelt der Hausarzt lediglich Ihre Versicherung und Ihre Versichertennummer.

**Belehrung nach Art. 13 und 14 DSGVO**

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf Löschung (Art. 17) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1) z. B. falscher Daten und auf Sperrung (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist Ihr Hausarzt. Für die Teilnahme am Hausarztprogramm erfolgt die weitere Verarbeitung durch das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Tel. 02203 5756-1111. Sie können sich wegen der Teilnahme- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden: Tel. 02203 5756-1111, E-Mail: DSB@hzv.de.

Beschwerden gemäß Art 77 DSGVO über die HÄVG richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde, die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2–4, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211 38424-0.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben f) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO und § 295 und § 295a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten in Deutschland bleiben und besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm, spätestens aber nach 4 Jahren, wie das Gesetz es vorsieht, gesperrt und bei Ihrer Krankenkasse nach spätestens 10 Jahren gelöscht. Für steuergesetzliche Zwecke bewahrt Ihr Hausarzt Ihre Daten bis zu 12 Jahre auf, bevor er sie dann endgültig löscht.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Die verantwortliche Stelle bei Ihrer Krankenkasse, der Datenschutzbeauftragten und deren Kontaktdaten werden Ihnen von Ihrer Krankenkasse in einer schriftlichen Teilnahmebestätigung mitgeteilt oder können Sie ggf. auf der Internetseite Ihrer Krankenkasse in Erfahrung bringen.

Beschwerden über Ihre Krankenkasse richten Sie an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, Tel. 0228 997799-0.

**Antrag auf Teilnahme an dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“**

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HZV“ nicht möglich. Dann ändert sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nichts.

**Ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm und zu der beschriebenen Datenverarbeitung sorgfältig gelesen. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm bin ich einverstanden. Zudem erhalte ich eine Kopie oder eine Zweitausfertigung dieser Erklärung, die ich aufbewahre.**

**Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.**

**Ich möchte am Hausarztprogramm „HZV“ teilnehmen.**

□□ □□ □□□□

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

**Bestätigung durch den gewählten Hausarzt**

□□ □□ □□□□

Bitte das heutige Datum eintragen

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hausarztes

+TE-ID+

 Arztwechsel, Begründung

### Exemplar für den Hausarzt

Hinweis: Im Text nutzen wir aus Gründen der leichten Lesbarkeit das generische Maskulinum. Damit sind jedoch stets alle Geschlechter gemeint.

## Patienteninformation und Teilnahmeerklärung zum Hausarztprogramm

Lesen Sie bitte diese Information in Ruhe und bewahren Sie diese auf.

### Hausarztprogramm – Was ist das?

Ihre Teilnahme an diesem Hausarztprogramm ist freiwillig und kostenlos.

Mit dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) wollen die Krankenkassen und Hausärzte gemeinsam auf gesetzlicher Grundlage (§ 73b SGB V) vertraglich die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Ziel ist es, flächendeckend die hausärztliche Versorgung in besonders hoher Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des Hausarztes zu stärken. Das Hausarztprogramm ist insbesondere für Sie als Patienten interessant, wenn Sie häufiger ärztliche Behandlung benötigen. Seine Lotsenfunktion unter den an der Behandlung beteiligten Ärzten und anderen Therapeuten kann Ihr Hausarzt nur mit Ihrer Hilfe wahrnehmen.

Um eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärzten und anderen Therapeuten sinnvoll. Mit Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Hausarztprogramm erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Informationen über Ihre Teilnahme sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht und diskutiert werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung gegenüber Ihrem Arzt natürlich widersprechen beziehungsweise den Umfang bestimmen.

Sie wählen verbindlich für mindestens ein Jahr Ihren Hausarzt. Dieser Hausarzt ist Ihr erster Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur nach Überweisung des Hausarztes in Anspruch genommen werden. Ausnahmen: Gynäkologen, Augenärzte und Kinderärzte sowie natürlich alle ärztlichen Notfalldienste. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Hausarztes) suchen Sie den von Ihrem Hausarzt benannten HZV-Vertretungsarzt auf. Die gleichzeitige Teilnahme an einem anderen Hausarztprogramm ist nicht möglich.

### Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm

Die Unterlagen zur Teilnahme am Hausarztprogramm können Sie bei Ihrem Hausarzt direkt in dessen Praxis unterschreiben. Mit Ihrer Unterschrift wählen Sie Ihren Hausarzt des Vertrauens und die Teilnahme an dem Hausarztprogramm für mindestens ein Jahr.

Der von Ihnen gewählte Hausarzt unterschreibt die Erklärung ebenfalls und händigt Ihnen eine Kopie aus. Ihre Einschreibe- und Einwilligungsdaten sendet der Hausarzt online mittels der Vertragssoftware oder postalisch an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum, damit dort Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung geprüft und hinterlegt werden kann. Ihr Teilnahmewunsch wird von dort an Ihre Krankenkasse übermittelt. Das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum erstellt eine Liste der teilnehmenden Versicherten für Ihre Krankenkasse und übermittelt diese ausschließlich zur Umsetzung dieses Vertrages in elektronischer Form. Die Krankenkasse hat ein Einsichtsrecht in das Original der Teilnahmeerklärung und darf diese jederzeit zu Prüfzwecken anfordern. Vor jedem Abrechnungsquartal übermittelt die Krankenkasse ein Teilnahmeverzeichnis an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum. Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmedaten werden hierfür insbesondere übermittelt: Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Arztdaten, Endgrund.

Sie erhalten von der Krankenkasse ein Begrüßungsschreiben mit der Information, wann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm beginnt. Regelmäßig beginnt sie in dem Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Krankenkasse ein oder wird für die Prüfung

noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen; darüber werden Sie durch Ihre Krankenkasse oder den Hausarzt informiert. Wird Ihre Teilnahme abgelehnt (z. B. ungeklärter Versichertenstatus, keine Versicherung bei der angeschriebenen Krankenkasse), teilt dies Ihnen und Ihrem Arzt die Krankenkasse mit.

### Ihre Vorteile auf einen Blick

- Qualitätsgesicherte hausärztliche Versorgung durch Ihren Hausarzt, der besondere Fortbildungspflichten erfüllt und bestimmte technische Standards vorhält
- Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Koordinierung und Information für den gesamten Behandlungsablauf unter allen beteiligten Ärzten und Therapeuten durch Ihren Hausarzt
- Guter Informationsaustausch optimiert Ihre Versorgung, z. B. durch Sammlung, Dokumentation und Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten vorliegenden Befunde im Rahmen von Überweisungen an den Facharzt und vor sowie nach stationären Einweisungen und bei Hilfsmitteln
- Sprechstunden täglich von Mo.–Fr. mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage
- Zusätzlich: Angebot einer wöchentlichen Termin-Sprechstunde für Berufstätige ab 7.00 Uhr oder bis mindestens 20.00 Uhr oder einer Samstags-Terminsprechstunde pro Woche
- Begrenzung der Wartezeit auf möglichst maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung

### Widerruf, Kündigung und Hausarztwechsel

**Sie haben die Möglichkeit, innerhalb von zwei Wochen Ihre Teilnahme in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse, ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Ihre Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in schriftlicher oder elektronischer Form, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**

Regulär kann frühestens zum Ablauf des Teilnahmejahres die Teilnahme am Hausarztprogramm ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von acht Wochen vor Ablauf in schriftlicher oder elektronischer Form bei der Krankenkasse gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme um weitere 12 Monate.

In besonderen Fällen können Sie auch vor Ablauf des Teilnahmejahres den Hausarzt innerhalb des Hausarztprogramms wechseln, z. B. wenn

- der bisherige Hausarzt nicht mehr am Hausarztprogramm teilnimmt,
- er umzieht und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- Sie umziehen und die Entfernung für Sie nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

Ein Wechsel des Hausarztes muss schriftlich erklärt werden. Der Hausarzt übergibt einem neu gewählten Hausarzt seine ärztlichen Daten über Sie nur dann, wenn Sie das wünschen.

Die Krankenkasse kann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die HZV-Teilnahmebedingungen verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/Gynäkologe/Notfall ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Für Mehrkosten, die durch einen Verstoß gegen die HZV-Teilnahmebedin-

**Exemplar für den Hausarzt**

gungen entstehen, können Sie in einem solchen Fall haftbar gemacht werden. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Hausarztprogramm.

Sofern Ihre Mitgliedschaft in Ihrer Krankenkasse endet, endet auch Ihre Teilnahme an dem Hausarztprogramm.

**Ärztliche Leistungsabrechnung und der Weg Ihrer Daten**

Die besonderen Leistungen Ihres Hausarztes werden vertragsgemäß von der Krankenkasse vergütet; dazu muss er eine Abrechnung erstellen: Ihr Hausarzt übermittelt gem. § 295a SGB V Ihre für die Abrechnung in Betracht kommenden Daten aus seinem Praxis-Datenspeicher sicher verschlüsselt an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum. Dort wird Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm geprüft, dann werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt das Rechenzentrum aus den Daten eine Abrechnungsdatei, die es der Krankenkasse in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und verschlüsselt zur Verfügung stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt die Krankenkasse die Vergütung für Ihren Hausarzt aus.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür insbesondere übermittelt: Name, Geschlecht, PLZ, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kassenkennzeichen, Versicherterstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Sie nehmen an der Hausarztzentrierten Versorgung teil, die die übliche Regelversorgung ergänzt. Im Zuge dieser Hausarztzentrierten Versorgung übermittelt die Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung versichertenbezogene Informationen, z. B. dass Sie an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen. Die Übermittlung geschieht im Einklang mit gesetzlichen Verpflichtungen der Krankenkassen aus dem Sozialgesetzbuch V. Diese Informationen werden in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Regelungen für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen gespeichert und gem. § 304 SGB V spätestens nach 10 Jahren gelöscht.

Sofern die Krankenkasse zur Umsetzung ihrer vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten mit einem Dienstleister zusammenarbeitet, leitet sie Ihre Daten an den Dienstleister weiter. Außerdem wird in dem Datenbestand der Krankenkasse und dem vom Hausärzterverband beauftragten Rechenzentrum ein Merkmal gespeichert, das Ihren HZV-Teilnahmestatus erkennen lässt. Diese Information erhält auch regelmäßig Ihr Betreuarzt.

Wenn Sie einen anderen Hausarzt als Ihren Betreuarzt aufsuchen, der ebenfalls am Hausarztprogramm teilnimmt z. B. im Vertretungsfall, kann dieser im Einzelfall Ihren Teilnahmestatus am Hausarztprogramm elektronisch prüfen und die Abrechnungsdaten an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum als richtigen Abrechnungsempfänger senden. Zur Prüfung übermittelt der Hausarzt lediglich Ihre Versicherung und Ihre Versichertennummer.

**Belehrung nach Art. 13 und 14 DSGVO**

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf Löschung (Art. 17) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1) z. B. falscher Daten und auf Sperrung (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist Ihr Hausarzt. Für die Teilnahme am Hausarztprogramm erfolgt die weitere Verarbeitung durch das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Edmund-Rumpler-Straße 2, 51149 Köln, Tel. 02203 5756-1111. Sie können sich wegen der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden: Tel. 02203 5756-1111, E-Mail: DSB@hzv.de.

Beschwerden gemäß Art 77 DSGVO über die HÄVG richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde, die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestraße 2–4, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211 38424-0.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, 6 und 9 Abs. 2 Buchstaben f) und h) in Verbindung mit Abs. 3 DSGVO und § 295 und § 295a SGB V. Sie können sicher sein, dass Ihre Daten in Deutschland bleiben und besonders gut gegen jede zweckwidrige Verwendung geschützt werden. Alle Beteiligten stehen unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis und/oder unter dem Sozialgeheimnis. Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Hausarztprogramm, spätestens aber nach 4 Jahren, wie das Gesetz es vorsieht, gesperrt und bei Ihrer Krankenkasse nach spätestens 10 Jahren gelöscht. Für steuerrechtliche Zwecke bewahrt Ihr Hausarzt Ihre Daten bis zu 12 Jahre auf, bevor er sie dann endgültig löscht.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Die verantwortliche Stelle bei Ihrer Krankenkasse, der Datenschutzbeauftragten und deren Kontaktdaten werden Ihnen von Ihrer Krankenkasse in einer schriftlichen Teilnahmebestätigung mitgeteilt oder können Sie ggf. auf der Internetseite Ihrer Krankenkasse in Erfahrung bringen.

Beschwerden über Ihre Krankenkasse richten Sie an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn, Tel. 0228 997799-0.

**Antrag auf Teilnahme an dem Hausarztprogramm „Hausarztzentrierte Versorgung“**

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HZV“ nicht möglich. Dann ändert sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nichts.

**Ich habe die vorstehenden Erläuterungen und Belehrungen zum Hausarztprogramm und zu der beschriebenen Datenverarbeitung sorgfältig gelesen. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztprogramm bin ich einverstanden. Zudem erhalte ich eine Kopie oder eine Zweitausfertigung dieser Erklärung, die ich aufbewahre.**

**Ich entbinde zugleich insoweit meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.**

**Ich möchte am Hausarztprogramm „HZV“ teilnehmen.**

Bitte das heutige Datum eintragen

< TE-Code: >

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Vormunds

**Bestätigung durch den gewählten Hausarzt**

Bitte das heutige Datum eintragen

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Hausarztes