

# INFORMATIONSBLATT

## zur Einschreibung und Abrechnung von Patienten

### 1. Einschreibung der Patienten

Sie können Ihre Patienten in das Hausarztprogramm per Online- oder Offline-Verfahren einschreiben, sobald

- Sie Ihre aktuelle Vertragssoftware mit integriertem HZV-Modul installiert haben und
- Sie einen HZV-Online-Key zur sicheren Übermittlung der Daten von uns erhalten haben (nur bei Online-Verfahren erforderlich)

Das Verfahren zur Einschreibung Ihrer Patienten wählen Sie selbst.

Sie informieren Ihre Patienten über die HZV und händigen ihnen bei Teilnahmewunsch **die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte** aus und bitten sie diese sorgfältig durchzulesen.

Nachdem der Patient die Informationen sorgfältig durchgelesen hat, beantragen Sie bitte die Patienten-Teilnahme in Ihrer Vertragssoftware und drucken die **Teilnahme- und Einwilligungserklärung** (1 Exemplar für den Hausarzt, 1 Exemplar für den Versicherten) aus und legen diese dem Patienten zur Unterschrift vor.

Im Anschluss unterschreiben Sie beide Exemplare der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Das Exemplar für den Versicherten ist für Ihren Patienten und das Exemplar für den Hausarzt für Ihre Praxis bestimmt. Ihr Original muss mindestens zehn Jahre in Ihrer Praxis aufbewahrt werden.

#### Online-Verfahren

Die in der Teilnahmeerklärung aufgeführten Daten des Patienten senden Sie bitte **online unter Angabe des patientenindividuellen TE-Codes** mittels der Vertragssoftware an das HÄVG Rechenzentrum. Den individuellen vierstelligen TE-Code finden Sie neben dem Unterschriftenfeld des Versicherten auf der ausgedruckten Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte.

#### Offline-Verfahren

Bedrucken Sie den HZV-Beleg mit Hilfe Ihrer Software - handschriftlich ausgefüllte Belege können nicht verarbeitet und somit nicht akzeptiert werden - und legen diesen Ihrem Patienten zur Unterschrift vor.

Versehen Sie im Anschluss den HZV-Beleg mit Ihrem Arztstempel und unterschreiben diesen.

Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen HZV-Beleg senden Sie bitte an folgende Adresse:

HÄVG Rechenzentrum GmbH  
Edmund-Rumpler-Str. 2  
51149 Köln

Den HZV-Beleg, sowie die Daten der Online-Einschreibung übermitteln Sie bis spätestens zum 1. Kalendertag des 2. Monats vor Beginn des folgenden Versorgungs- und Abrechnungsquartals (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November) an die oben genannte Adresse. Bitte beachten Sie beim Offline-Verfahren die Postlaufzeit.

**Folgende Felder werden automatisch durch die Vertragssoftware befüllt:**

- Personalienfeld
- TE-ID
- Datumsfelder
- Praxisstempel

Anlage 6 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter

Exemplar für den Versicherten

+TE-ID+

Arztwechsel, Begründung

**Patienteninformation und Teilnehmerklärung 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.

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
- Koordination und Information für den gesamten Behandlungsablauf unter allen beteiligten Ärzten und Therapeuten durch Ihren Hausarzt
- Guter Informationsaustausch optimiert Ihre Versorgung, z.B. durch

status, keine Versicherung bei der angeschriebenen Krankenkasse, teilt dies Ihnen und Ihrem Arzt die Krankenkasse mit.

Regulär kann frühestens zum Ablauf des Teilnahmejahres die Teilnahme am Hausarztprogramm ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 8 Wochen vor Ablauf schriftlich 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

Angabe von Gründen zu widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Ihre Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnehmerklärung.

Der von Ihnen gewählte Hausarzt unterschreibt die Erklärung ebenfalls und händigt Ihnen eine Kopie aus. Ihre Einschreibe- und Einwilligungsdaten sendet der Hausarzt an das vom Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum, damit dort Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung geprüft und hinterlegt werden kann. Ihr Teilnahmewunsch wird von dort an Ihre Krankenkasse übermittelt. Wenn alle Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllt sind, nimmt die Krankenkasse Ihre Einschreibung in das Hausarztprogramm vor.

Sie erhalten die Teilnehmerklärung zu Beginn der Teilnahme. Wenn Sie 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 Versicherten-

kollege/Notfall ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Für Mehrkosten, die durch einen Verstoß gegen die HZV-Teilnahmebedingungen entstehen, können Sie in einem solchen Fall haftbar gemacht werden. Lie-

**Individueller viertstelliger Code wird automatisch bedruckt und ist in der Vertragssoftware vor Online-Versand der Versicherten-TE einzugeben.**

**Unterschriften bitte nicht vergessen**

Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit der TK, Anlage 6.2

Exemplar für den Versicherten

**Erklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung**

Mir wurde die Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt, in der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind. Ich habe sie sorgfältig gelesen. Ich willige ein, dass

- mein gewählter Hausarzt und andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HZV Auskünfte über meine HZV-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen. Ich entbinde insoweit zugleich meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.
- mein gewählter Hausarzt meinen Einschreibebeleg über den Hausärzteverband und sein Rechenzentrum an die Techniker Krankenkasse übermittelt.
- mein Hausarzt die für die Abrechnung seiner Leistungen erforderlichen Daten an das vom Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum zum Zwecke der Rechnungsprüfung und Erstellung einer Abrechnungsdatei übermittelt.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme am TK-Hausarzttarif führen, von der Techniker Krankenkasse dem Rechenzentrum des Hausärzteverbandes mitgeteilt werden, damit mein Hausarzt entsprechend informiert wird.

Mir ist bekannt, dass meine datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann, eine Teilnahme am Hausarztprogramm dann aber nicht mehr möglich ist.

Ja, ich möchte am Hausarztprogramm „HzV“ teilnehmen. Ja, ich habe mich mit der Patienteninformation TK-Hausarzttarif und der darin beschriebenen Datenverwendung vertraut gemacht. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am TK-Hausarzttarif bin ich einverstanden. Die Patienteninformation TK-Hausarzttarif und die Patienteninformation zum Datenschutz wurden mir ausgehändigt.

**Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm „HzV“ nicht möglich. Dann ändert sich an der bisherigen hausärztlichen Versorgung nichts. Ihr bisheriger Hausarzt wird Sie dann, sofern Sie dies wünschen, zu den bisherigen Konditionen weiter behandeln.**

Bitte das heutige Datum eintragen

< TR-Code: >

Bestätigung durch den gewählten HzV-Arzt

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Hausarztes

Stempel

Unterschrift des Versicherten/ gesetzlichen Vertreters

## 2. Abrechnung der an der HZV teilnehmenden Patienten

- Die Krankenkasse prüft die übermittelten Teilnahmewünsche und informiert das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum, welcher Patient bei Ihnen im folgenden Versorgungs- und Abrechnungsquartal zur Teilnahme an der HZV berechtigt ist.
- Das Rechenzentrum teilt Ihnen daraufhin rechtzeitig vor Beginn des Versorgungs- und Abrechnungsquartals durch einen **Informationsbrief Patiententeilnahmestatus** mit, für welche Patienten Sie im folgenden Abrechnungsquartal Leistungen im Rahmen der HZV erbringen und abrechnen müssen.
- Unter [www.arztportal.net](http://www.arztportal.net) steht Ihnen ein **Online-Service** zur Verfügung, mit dem Sie Ihre Informationsbriefe Patiententeilnahmestatus und Abrechnungsnachweise online sicher herunterladen können. Weitere Informationen und eine genaue Anleitung zur Registrierung und zur Nutzung des Online-Abrufs sowie zum Import der Patiententeilnahmeinformationen finden Sie auf der Startseite des Arztportals ([www.arztportal.net](http://www.arztportal.net)).

## 3. Weitere wichtige Informationen



**02203 5756-1210: Beratung zur HZV-Teilnahme und Einschreibung**



**02203 5756-1111: Beratung zur HZV-Abrechnung (LANR bereithalten)**



**02203 5756-1211**



**info@HZVteam.de**



**www.hausaerzterverband.de:** Alle HZV-Verträge online



**www.mein-hausarztprogramm.de:** HZV-Informationen für Ihre Patienten



**www.facebook.com/HZVTeam:** HZV-Informationen für Ihr Praxisteam