



+TE-ID+

Arztwechsel, Begründung

Exemplar für den Versicherten

## 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 Knappschaft 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 an das vom Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum, damit dort Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung geprüft und hinterlegt werden kann. Ihr Teilnahmewunsch wird von dort an die Knappschaft übermittelt. Wenn alle Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllt sind, nimmt die Knappschaft Ihre Einschreibung in das Hausarztprogramm vor.

Sie erhalten von der Knappschaft ein Begrüßungsschreiben mit der Information, wann Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm beginnt. Regelmäßig beginnt sie im Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Knappschaft ein oder wird für die Prüfung noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen; darüber werden Sie durch die Knappschaft 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 können Ihre Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach der Abgabe in schriftlicher oder elektronischer Form, alternativ zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihre Krankenkasse. Die 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 8 Wochen vor Ablauf, in schriftlicher oder elektronischer Form bei der Knappschaft gekündigt werden.

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.

Einen Wechsel des Hausarztes müssen Sie Ihrer Krankenkasse in schriftlicher oder elektronischer Form mitteilen. Der Hausarzt übergibt einem neu gewählten Hausarzt seine ärztlichen Daten über Sie nur dann, wenn Sie das wünschen.

Die Knappschaft 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.

**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 Hausärzteverband 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, Wohnort, Geburtsdatum, Versicherungsnummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmezeitraum, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert; Angaben zu den für Sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen in der aktuell anzuwendenden Version des ICD-Kataloges je Behandlungstag mit Datumsangabe; Überweisungen und Unfallkennzeichen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Wenn Sie einen anderen Hausarzt als Ihren Betreuarzt aufsuchen, der ebenfalls am Hausarztprogramm teilnimmt, z.B. im Vertretungsfall, kann dieser im Einzelfall Ihren Teilnahmezeitraum am Hausarztprogramm elektronisch prüfen und die Abrechnungsdaten an das vom Hausärzteverband 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 Hausärzteverband beauftragte Rechenzentrum: HÄVG Rechenzentrum GmbH, 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@haevg-rz.de.

Beschwerden gemäß Art. 77 DSGVO über die HÄVG Rechenzentrum GmbH richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde, die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Kavalierstraße 2-4, 40213 Düsseldorf, Tel. 0211 384 240.

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 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 allenfalls für steuerrechtliche Zwecke aufbewahrt und nach 11 Jahren endgültig gelöscht.

Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Knappschaft erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang. Bei Fragen wenden Sie sich an die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Verwaltungsgebäude Trimontepark 2/3 Wasserstraße 215, 44781 Bochum, Telefon: 0234 304-0, Fax: 0234 304-83990 oder deren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@kbs.de.

**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

**Bestätigung durch den gewählten Hausarzt**

Bitte das heutige Datum eintragen

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel