

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

**BARMER**

**DAK**  
Gesundheit

**KKH** Kaufmännische  
Krankenkasse

**hkk**  
KRANKENKASSE

**HEK**  
HANSEATISCHE KRANKENKASSE

Bitte senden an: 0391/627871000

gültig ab 01.10.2019

Ersteinschreibung

Information über Hausarztwechsel

### Teilnahmeerklärung

#### Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der BARMER, DAK - Gesundheit, KKH, hkk oder HEK versichert bin.
- ich die detaillierte „Patienteninformation zum Hausarztprogramm“ (Teilnahmebedingungen/Vertragsinhalte) für Versicherte gelesen und zur Kenntnis genommen habe.
- ich umfassend über Wesen, Bedeutung und Tragweite der besonderen ambulanten Versorgung und die Bedingungen zur Teilnahme aufgeklärt wurde. Alle Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet.
- der unterzeichnende Arzt mein gewählter Hausarzt ist.

#### Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Vertrag freiwillig ist und innerhalb von 2 Wochen schriftlich ohne Angaben von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen werden kann. Zur Fristwahrung genügt das rechtzeitige Absenden der Erklärung an die Krankenkasse. Ihre Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- ich an meine Teilnahmeerklärung gebunden bin und meine Teilnahme für mindestens ein Jahr verbindlich erkläre. Ausnahmen und Kündigungsregelungen habe ich der Patienteninformation entnommen.

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die „Patienteninformation zum Hausarztprogramm“ betreffend den Datenschutz und die darin beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, auch Gesundheitsdaten sorgfältig gelesen habe.

#### Ich bin darüber belehrt worden, dass

- sofern ich keine Einwilligung zur Datenverarbeitung in der HZV erteile, eine Teilnahme an diesem besonderen Angebot nicht möglich ist. In diesem Fall ändert sich aber an der bisherigen hausärztlichen Versorgung für mich nichts.
- ich eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber meiner Krankenkasse widerrufen kann. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Eine weitere Teilnahme an der HZV nach diesem Widerruf ist dann leider nicht mehr möglich. Es gilt dann wieder die reguläre hausärztliche Versorgung.

**Ja, ich nehme an der hausarztzentrierten Versorgung der Ersatzkassen (HZV) teil!**

**Ja, ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der HZV einverstanden. Ich erhalte eine Kopie dieser Einwilligung.**

- nur vom Versicherten (bzw. gesetzlichen Vertreter) auszufüllen -

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### Bestätigungsvermerk Hausarzt

- nur vom Arzt auszufüllen -

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Vertragsarztstempel

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 be-

handelnden 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.

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 die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA), 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 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 nach Vereinbarung und Bedarf
- Hausbesuche des Hausarztes in notwendigen Fällen

- In medizinisch notwendigen Fällen Unterstützung des Hausarztes bei der Vermittlung von zeitnahen Facharztterminen bei durch ihn veranlassten Überweisungen
- Begrenzung der Wartezeit auf möglichst maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung

## Widerruf, Kündigung und Hausarztwechsel

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 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-Teilnahmebedingungen 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.

## Datenschutz - Ärztliche Leistungsabrechnung, 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 die KVSA. Dort wird Ihre Teilnahme am Hausarztprogramm geprüft, dann werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend übermittelt die KVSA Ihrer Krankenkasse in der gesetzlich vorgeschriebenen Form und verschlüsselt eine Abrechnungsdatei. Auf dieser Grundlage zahlt die Krankenkasse die Vergütung für Ihren Hausarzt aus.

Es werden während Ihrer Teilnahme an der HZV, mit Ihrer Einwilligung, auf gesetzlicher Grundlage personenbezogene Daten und besondere Kategorien von Daten i.S.d. DSGVO, im Schwerpunkt Ihre Gesundheitsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung gesichert verarbeitet. Zudem erfolgt eine Kennzeichnung Ihres Teilnahmestatus in der HZV.

Die einmal erteilte Einwilligung kann jederzeit gegenüber der Krankenkasse wie gegenüber dem Hausarzt widerrufen werden. Durch diesen Widerruf wird die

Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Eine Teilnahme an der HZV ist nach Widerruf der Datenverarbeitung zukünftig dann leider nicht mehr möglich. Es bleibt dann bei der regulären hausärztlichen Versorgung durch den Hausarzt.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden beispielhaft hierfür insbesondere übermittelt: Abrechnungs-Institutionskennzeichen Ihrer Krankenkasse, Versichertenart, besondere Personengruppe, DMP-Kennzeichen, Krankenversicherungsnummer, Abrechnungsquartal, Behandlungsart (ambulanz/stationär), Art der Inanspruchnahme, abgerechnete Gebührennummern, Fallwert, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe.

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 der KV ein Merkmal gespeichert, das erkennen lässt, dass Sie an der HZV teilnehmen und die an der HZV teilnehmenden Ärzte werden kontinuierlich über Ihren Versicherten- und HZV-Teilnahmestatus informiert.

Sie haben das gesetzliche Recht auf Auskunft zu Ihren Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DS-GVO), auf Löschung (Art. 17) und Berichtigung (Art. 16 Satz 1) z.B. falscher Daten, auf die Übertragung von Daten (Art. 20 Abs. 1), auf Sperrung (Art. 18) und ein Beschwerderecht (Art. 77). Verantwortlich für die Verarbeitung der Daten ist Ihr Hausarzt. Für die Teilnahme am Hausarztprogramm erfolgt die weitere Verarbeitung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg, Tel. 0391 6276000. Sie können sich wegen der Teilnahmedaten- und Abrechnungsdatenverarbeitung an deren Datenschutzbeauftragten wenden: [Datenschutzbeauftragter@kvs.a.de](mailto:Datenschutzbeauftragter@kvs.a.de)

Rückfragen über die KVSA im Zusammenhang mit dem Datenschutz richten Sie an die Datenschutzaufsichtsbehörde, der Landesbeauftragte für den Datenschutz Sachsen-Anhalt, Leiterstraße 9, 39104 Magdeburg, Tel. 0391 818030.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der

#### **BARMER**

Datenschutzbeauftragter:  
Lichtscheider Straße 89  
42285 Wuppertal  
E-Mail: [datenschutz@barmer.de](mailto:datenschutz@barmer.de)

Verantwortliche Stelle:  
Axel-Springer-Str. 44  
10969 Berlin  
Telefon: 0800 333 10 10  
E-Mail: [service@barmer.de](mailto:service@barmer.de)

#### **DAK-Gesundheit**

Datenschutzbeauftragter:  
Nagelsweg 27 - 31  
20097 Hamburg  
E-Mail: [datenschutz@dak.de](mailto:datenschutz@dak.de)

Verantwortliche Stelle:  
Nagelsweg 27 - 31  
20097 Hamburg  
Telefon: 040 23960

#### **KKH Kaufmännische Krankenkasse**

Datenschutzbeauftragter:  
Karl-Wiechert-Allee 61  
30625 Hannover  
E-Mail: [datenschutz@kkh.de](mailto:datenschutz@kkh.de)

Verantwortliche Stelle:  
Karl-Wiechert-Allee 61  
30625 Hannover

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 Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle und des Datenschutzbeauftragten bei Ihrer Krankenkasse lauten:

#### **hkk**

Datenschutzbeauftragter:  
Martinistraße 26  
28195 Bremen  
E-Mail: [datenschutzbeauftragter@hkk.de](mailto:datenschutzbeauftragter@hkk.de)

Verantwortliche Stelle:  
Martinistraße 26  
28195 Bremen

#### **HEK - Hanseatische Krankenkasse**

Datenschutzbeauftragter:  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
E-Mail: [datenschutz@hek.de](mailto:datenschutz@hek.de)

Verantwortliche Stelle:  
Wandsbeker Zollstraße 86 - 90  
22041 Hamburg  
Telefon: 0800 0213213  
E-Mail: [kontakt@hek.de](mailto:kontakt@hek.de)

Die Kontaktdaten können Sie ggf. auch auf der Internetseite Ihrer Krankenkasse in Erfahrung bringen.

Rückfragen über Ihre Krankenkasse im Zusammenhang mit dem Datenschutz richten Sie an den Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, Tel. 0228 997 799 0.