AOK HAUSARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV)

Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

☐ **Arztwechsel** Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden): _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land habe, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK-HausarztProgramm) zugelassen ist.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt wähle.
- ich ausführlich und umfassend über die HZV informiert und mir ein Merkblatt zur Verfügung gestellt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Mo- nat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch nehmen werde (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) den mir benannten HZV-Vertretungsarzt konsultiere.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme an der HZV freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der HZV-Teilnahmebedingungen aus der HZV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus der HZV erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).
- nach Ablauf der zweiwöchigen Widerrufsfrist ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen kann.
- meine zur HZV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HZV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-HausarztProgramm.
- ein Wechsel des Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HZV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HZV-Arzt voraussetzt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte (Fach-)Ärzte und Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HZV Auskünfte über meine HZVTeilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HZV führen, meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt mitgeteilt werden.
- die AOK, die HÄVG bzw. MEDI und das von ihnen benannte Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HZV sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- die an der HZV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HZV-Teilnahmestatus informiert werden.

Ja, ich möchte am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

_____
Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Muster

Exemplar für den Patienten

AOK HAUSARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung AOK-HausarztProgramm (HZV)

Hausärztliche Versorgung durch Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendärzte

☐ **Arztwechsel** Grund (muss nur bei Wechsel vor Ablauf der 12-monatigen Bindungsfrist angegeben werden): _____

Hiermit erkläre ich, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin und meinen Wohnsitz in Baden-Württemberg oder einem anderen Bundesland bzw. Land habe, das zur HZV (Hausarztzentrierte Versorgung – AOK-HausarztProgramm) zugelassen ist.
- ich den unterzeichnenden Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt als meinen persönlichen Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt wähle.
- ich ausführlich und umfassend über die HZV informiert und mir ein Merkblatt zur Verfügung gestellt wurde, in dem die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Mo- nat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, zuerst den von mir gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt aufzusuchen und andere Ärzte nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt in Anspruch nehmen werde (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit des gewählten HZV-Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes) den mir benannten HZV-Vertretungsarzt konsultiere.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme an der HZV nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme an der HZV freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der HZV-Teilnahmebedingungen aus der HZV ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus der HZV erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn an der HZV informiert werde (die Teilnahme beginnt frühestens in einem Folgequartal).
- nach Ablauf der zweiwöchigen Widerrufsfrist ich die hier abgegebene Einwilligung grundsätzlich frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines HZV-Teilnahmejahres (12 Monate) kündigen kann.
- meine zur HZV erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus der HZV gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-HausarztProgramm.
- ein Wechsel des Hausarztes/Kinder- und Jugendarztes vor Ablauf der 12 Monate für mich nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist (Arzt beendet HZV-Vertrag, Wegzug, zerrüttetes Arzt-Patienten-Verhältnis) und grundsätzlich eine erneute Teilnahme bei einem anderen HZV-Arzt voraussetzt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt und andere an meiner Behandlung beteiligte (Fach-)Ärzte und Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, im Rahmen der HZV Auskünfte über meine HZVTeilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- Gründe, die zur Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der HZV führen, meinem gewählten Hausarzt/Kinder- und Jugendarzt mitgeteilt werden.
- die AOK, die HÄVG bzw. MEDI und das von ihnen benannte Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der HZV sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-HausarztProgramm teilnehme.
- die an der HZV teilnehmenden Ärzte kontinuierlich über meinen Versicherten- und HZV-Teilnahmestatus informiert werden.

Ja, ich möchte am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“ **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am AOK-HausarztProgramm „Hausarztzentrierte Versorgung“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

_____
Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Muster

Exemplar für den Arzt

Merkblatt zum AOK-HausarztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-HausarztProgramm?

Das AOK-HausarztProgramm ist eine besondere hausärztliche Versorgung, die die AOK Baden-Württemberg ihren Versicherten auf der Basis einer gesetzlichen Bestimmung anbietet (Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V).

Ziel des AOK-HausarztProgramms ist es, die hausärztliche Versorgung flächendeckend in besonderer Qualität zu gewährleisten und die zentrale Steuerungs- und Koordinierungsfunktion (Lotsenfunktion) der/des Hausärztin/Hausarztes zu stärken, um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern.

2. Welche Vorteile bietet das AOK-HausarztProgramm?

- Eine qualitätsgesicherte hausärztliche Versorgung
- Eine Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. bis Fr.)
- Mindestens eine Abendsprechstunde pro Woche bis 20.00 Uhr für Berufstätige (Terminsprechstunde)
- Koordinierung des gesamten Behandlungsablaufs durch die/den Hausärztin/Hausarzt
- Erweiterte Gesundheitsuntersuchung und Präventionsangebote
- Kürzere Wartezeiten in der Praxis (i.d.R. bis 30 Minuten bei Terminvereinbarung)
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln
- Kostenübernahme für OTC-Arzneimittel (apotheken-, aber nicht rezeptpflichtig, z. B. Antiallergika) bis zum vollendenten 18. Lebensjahr (einschließlich 17-Jährige) bei Verordnung durch die/den Hausärztin/Hausarzt (außerhalb des AOK-HausarztProgramms nur bis zum 12. Geburtstag)

3. Wer kann am AOK-HausarztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg ohne Altersbegrenzung mit Wohnsitz in Baden-Württemberg sowie derzeit in Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz und in den angrenzenden Ländern Frankreich und Schweiz.

Ausgenommen sind Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben. Diese können nicht am AOK-HausarztProgramm teilnehmen. Am AOK-HausarztProgramm teilnehmende Versicherte, die Kostenerstattung wählen, werden zum nächstmöglichen Quartalsende aus dem AOK-HausarztProgramm ausgeschlossen.

4. Hinweise zur Teilnahme sowie der Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese kann bei einer/einem Hausärztin/Hausarzt des AOK-HausarztProgramms abgegeben werden. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschafts AG als beauftragtes Rechenzentrum an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Informationen zum Datenschutz).

Mit ihrer/seiner Unterschrift wählt die/der Versicherte zum einen die/den Hausärztin/Hausarzt des Vertrauens und zum anderen die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm für mindestens 12 Monate. Wenn sie/er sich nicht für das AOK-HausarztProgramm entscheidet, verbleibt sie/er, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) und

Muster

ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i der Satzung der AOK Baden-Württemberg.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli / 1 Okt.). Über den individuellen Starttermin wird im Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg informiert. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg **eingegangen** sein, und es müssen alle sonstigen Voraussetzungen gem. Ziffer 3 erfüllt sein.

Beispiel 1: Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April
Beispiel 2: Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)

Wird die Teilnahme abgelehnt, erhält die/der Versicherte eine Mitteilung der AOK. Die AOK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere bei ungeklärtem Versichertenstatus).

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils automatisch um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm kann ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von einem Monat frühestens zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-HausarztProgramm, 70120 Stuttgart). Ebenso endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg.

e) Hausarztwechsel

Ein Hausarztwechsel ist frühestens nach Ablauf der 12 Monate möglich. Für einen reibungslosen Wechsel muss dem Rechenzentrum und der AOK spätestens zwei Monate vor Ablauf der 12 Monate die neue Teilnahmeerklärung mit der Wahl der/des neuen Hausärztin/Hausarztes übermittelt worden sein. Ansonsten verlängert sich die Teilnahme bei der/dem bisherigen Hausärztin/Hausarzt um weitere 12 Monate.

In Härtefällen kann die/der Versicherte auch vor Ablauf der 12 Monate (frühestens zum Folgequartal) die/den Hausärztin/Hausarzt innerhalb des AOK-HausarztProgramms wechseln, wenn

- die/der bisherige Hausärztin/Hausarzt nicht mehr am AOK-HausarztProgramm teilnimmt,
- die/der bisherige Hausärztin/Hausarzt umzieht und die Entfernung nicht zumutbar ist,
- die/der Versichert umzieht und die Entfernung nicht zumutbar ist,
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

In einem solchen Ausnahmefall verlängert ein Hausarztwechsel die Bindung an das AOK-HausarztProgramm nicht. Einen Wechsel der/des Hausärztin/Hausarztes muss der AOK mit Begründung schriftlich oder elektronisch mitgeteilt werden.

f) Widerruf

Die/der Versicherte kann die Abgabe der Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Muster

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm verbunden? Und was passiert bei Verstößen?

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ist für mindestens 12 Monate verbindlich mit der Wahl der/des jeweiligen Hausärztin/Hausarztes verbunden (auch Kinder- und Jugendärzte nehmen an der hausärztlichen Versorgung teil). Die/der Hausärztin/Hausarzt ist damit erste/r Ansprechpartner/in für alle medizinischen Fragen. Fachärzte dürfen nur auf Überweisung der/des gewählten Hausärztin/ Hausarztes in Anspruch genommen werden. Diese Pflicht gilt nicht bei medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes sowie bei der Inanspruchnahme von Gynäkologen und Augenärzten. Die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten ist möglich. Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit der/des Hausärztin/Hausarztes) besteht die Verpflichtung, den von der/dem Hausärztin/Hausarzt benannten Vertretungsarzt aufzusuchen.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflichten kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals die Teilnahme der/des Versicherten am AOK-HausarztProgramm kündigen. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn die/der Versicherte außerhalb des Vertretungsfalles wiederholt andere Hausärzte aufsucht, die nicht am AOK-HausarztProgramm teilnehmen oder Fachärzte (ausgenommen Augenarzt/Gynäkologe) wiederkehrend ohne Überweisung der/des gewählten Hausärztin/Hausarztes in Anspruch nimmt. Hierüber wird die/der Versicherte gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Kommt es weiterhin zur Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen kann unter anderem ein Ausschluss aus dem AOK-HausarztProgramm erfolgen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm können alle Vorteile des Vertrags in Anspruch genommen werden. Diese umfassen u.a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4a). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (https://www.aok.de/pk/bw/) ausführlich beschrieben.

Muster

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-HausarztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-HausarztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversichertennummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode
- Teilnahmestatus am AOK-Haus- bzw. AOK-FacharztProgramm

Diese Daten werden von der einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragsspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft und welche Aufgaben hat diese?

Die Managementgesellschaft für die Datenverarbeitung von Hausärzten ist die:

HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft
Edmund-Rumpler-Straße 2
51149 Köln
Telefon: 02203/5756 - 0
Telefax: 02203/5756 - 7000
E-Mail: info@hzv.de

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: www.hausaerzteverband.de

Die zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-HausarztProgramm erforderlichen Daten (siehe oben) werden von der einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragsspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft – HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft – an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Die Managementgesellschaft (HÄVG) ist für die Verarbeitung der von einschreibenden Hausarztpraxis elektronisch übermittelten Daten zuständig und übernimmt somit die operative Durchführung des HausarztProgramms.

Pro Quartal werden abrechnungsrelevante Daten aus Ihrer Hausarztpraxis verarbeitet und im Namen Ihres Arztes an die AOK Baden-Württemberg übermittelt. Zentrale Aufgabe der Managementgesellschaft ist somit auch die Sicherstellung einer schnellen, effizienten und fehlerfreien Honorarabrechnung. Die Aufgaben im Überblick:

- Planung und Erstellung der Quartalsabrechnungen
- Auszahlung der ärztlichen Honorare
- Entwurf und Versand der Vertragsunterlagen (in Kooperation mit Krankenkassen und regionalen Hausärzteverbänden)
- Telefonische Betreuung teilnehmender Hausarztpraxen (Beantworten von Fragen zur Vertragsabwicklung, Vertragsunterlagen, etc.)
- Pflege der Arztstammdaten in einer zentralen Datenbank
- Täglicher elektronischer Datenträgeraustausch mit den Krankenkassen.

Muster

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
§ 73b Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-HausarztProgramms werden folgende Sozialdaten von der/dem behandelnden Hausärztin/Hausarzt verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten
- das Geburtsdatum des Versicherten
- das Geschlecht des Versicherten
- die Anschrift des Versicherten
- die Krankenversichertennummer des Versicherten
- den Versichertenstatus
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs
- der Tag der Leistungsinanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO
§ 73 b SGB V

Im Anschluss an die Behandlung werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, die Krankenversichertennummer und der Versichertenstatus
- Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

*Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die

Muster

gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter https://www.aok.de/pk/bw/ (Stichwort: AOK-HausarztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO
§ 73b Abs. 9 SGB V
§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V
§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V
§ 75 SGB X

Weitere Informationen zur HZV-Evaluation finden Sie unter HZV-Evaluation.pdf (aok.de).

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-HausarztProgramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-HausarztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter: https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/

Muster