

## HANDLUNGSANLEITUNG „Einschreibung des Versicherten“

(Stand: 21.11.2019)

Um Ihnen die Einschreibung von Patienten in den HZV-Vertrag mit der AOK Bayern zu erleichtern, haben wir eine kurze Anleitung für Sie erstellt.

Nach Inkrafttreten der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zum **25.05.2018** gibt es für die Patienteneinschreibung in die HZV-Verträge die folgenden Unterlagen:

- **„Teilnahme- und Datenschutzerklärung“** (Anlage 6 zum HZV-Vertrag).  
Diese Teilnahmeerklärungen stehen Ihnen unter [www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de) in der Rubrik „Hausarztverträge“ unter den Vertragsdokumenten des HZV-Vertrages AOK Bayern zur Verfügung. Zudem können Sie diese bei der Patienteneinschreibung direkt aus der Praxissoftware ausdrucken und zusätzlich mit den Patientendaten bedrucken lassen.
- **HZV-Beleg**  
HZV-Belege erhalten Sie bei Teilnahmebeginn automatisch zugesendet. Diese können Sie jederzeit auch nachbestellen.

### In 5 Schritten zur korrekten Einschreibung:

1. Einschreibeberechtigt sind alle Versicherten, die noch nicht in den HZV-Vertrag AOK Bayern eingeschrieben sind, unabhängig vom Alter des Patienten.
2. Der Versicherte der AOK Bayern möchte seine Teilnahme an der HZV beim Hausarzt erklären. Sie informieren den Versicherten über die HZV und händigen ihm die **Teilnahme- und Datenschutzerklärung** aus und bitten ihn, diese sorgfältig durchzulesen. Siehe Abbildung der Unterlagen auf der folgenden Seite.
3. Nachdem der Patient die Unterlagen sorgfältig durchgelesen hat, bitten Sie ihn um Unterschrift der **Teilnahme- und Datenschutzerklärung** und legen ihm zudem den vollständig bedruckten und mit Arztstempel versehenen **HZV-Beleg** (siehe Abbildung der Belege auf der Rückseite) **zur Unterschrift** vor.
4. Im Anschluss kopieren Sie bitte die Teilnahme- und Datenschutzerklärung und händigen dem **Patienten** die Kopie aus. Das **Original** verbleibt in Ihren **Akten** und muss mindestens zehn Jahre in Ihrer Praxis aufbewahrt werden.
5. **NEU:** Den HZV-Beleg senden Sie bitte regelmäßig an das Service-Center Post der AOK Bayern. Die HZV-Belege werden dort zentral sortiert, gescannt und validiert:

**AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**  
**Service-Center Post**  
**HZV**  
**Postfach 2013**  
**92218 Amberg**

Liegen alle Teilnahmevoraussetzungen vor, wird die HZV-Teilnahme des Patienten bestätigt. Die Neuteilnahme von Patienten und den jeweiligen Beginn der Teilnahme können Sie weiterhin den Informationsbriefen Patiententeilnahmestatus entnehmen.

Bitte berücksichtigen Sie die Postlaufzeit und senden Sie Ihre HZV-Belege regelmäßig an die zentrale Stelle der AOK Bayern. Die Einsendefristen für die HZV-Belege finden Sie unter [www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de).

### **Sie haben Rückfragen?**

Weitere Hilfe und Informationen zum HZV-Vertrag mit der AOK Bayern erhalten Sie beim Kundenservice der HÄVG Rechenzentrum GmbH unter Telefon 02203 / 57 56 11 11 oder senden Sie eine E-Mail an [kundenservice@haevg-rz.de](mailto:kundenservice@haevg-rz.de) oder ein Fax an 02203 / 57 56 11 10 oder wenden Sie sich per E-Mail an die Geschäftsstelle des Bayerischen Hausärzteverbandes; E-Mail [vertraege@bhaev.de](mailto:vertraege@bhaev.de).

**Einschreibeunterlagen zum HZV-Vertrag AOK Bayern S15:  
Teilnahme- und Datenschutzerklärung:**

|  |  |
|--|--|
| <div data-bbox="531 600 715 685" data-label="Image"> </div> <div data-bbox="625 712 715 752" data-label="Text"> <p>Vertragskennzeichen<br/><b>99773</b></p> </div> <div data-bbox="145 707 606 770" data-label="Section-Header"> <p><b>Hausarztzentrierte Versorgung<br/>Teilnahme- und Datenschutzerklärung</b></p> </div> <div data-bbox="145 804 715 837" data-label="Text"> <p>Ich möchte am AOK Hausarztvertrag teilnehmen. Mein gewählter Hausarzt soll im Hausarztvertrag der AOK Bayern mein Leber und erster Ansprechpartner für medizinische Fragen werden.</p> </div> <div data-bbox="145 842 715 871" data-label="Text"> <p>Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich zu den nachfolgend aufgeführten Bedingungen an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen möchte:</p> </div> <div data-bbox="145 875 715 1120" data-label="List-Group"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich bin ab Beginn der Teilnahme mindestens 12 Monate an dem gewählten Hausarzt gebunden. In dieser Zeit kann ich meine Teilnahme nur aus wichtigem Grund kündigen, z. B. wenn ein geübtes Arzt/Patientenverhältnis oder ein Wohnortwechsel vorliegt.</li> <li>• Mir ist bekannt, dass die Kündigungsfrist 3 Monate zum Quartalsende beträgt und eine Kündigung frühestens zum Ende des ersten Teilnahmejahres erfolgen kann. Wenn ich meine Teilnahme am AOK-Hausarztvertrag kündigen möchte, dann muss dies schriftlich erfolgen.</li> <li>• Meine Teilnahme endet, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der AOK Bayern endet. Meine Teilnahme endet auch, wenn ich der Weiterführung meiner Teilnahme widerspreche, weil mein gewählter Arzt seinen Praxisort verlässt oder seine Praxis an einen Nachfolger übergibt. Meine Teilnahme ist auf die Laufzeit dieses Hausarztvertrages begrenzt.</li> <li>• Ich kann nicht teilnehmen, wenn ich die Kostenersatzung nach § 11 Abs. 2 SGB V gewählt habe, mit Zahlungsverpflichtungen gegenüber der AOK Bayern in Vorzug bin und/oder wenn mein Leistungsanspruch nach § 16 SGB V ruht. Treten diese Ausschlussgründe nach Beginn der Teilnahme ein, endet meine Teilnahme mit Ablauf des Quartals, in dem dieser Ereignis eintritt.</li> <li>• Ich wähle meinen Hausarzt als ersten Ansprechpartner für medizinische Fragen und Lotsen durch das Gesundheitswesen und <del>weitere</del> mich:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Andere Ärzte/Fachkräfte und Krankenhäuser (außer in Notfällen) nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Ausnahme: Kinderärzte, Augenärzte und Frauenärzte können ohne Überweisung in Anspruch genommen werden).</li> <li>• In Vertretungsfällen meines gewählten Hausarztes einen HV-Vertretungsarzt aufzusuchen.</li> </ul> </li> </ul> <p>(Bei Nichtbeachtung kann die AOK Bayern meine Teilnahme am Hausarztvertrag beenden. Eine erneute Einreichung ist danach frühestens nach Ablauf von vier Quartalen möglich. Außerdem habe ich für eventuelle Mehrkosten.</p> </div> <div data-bbox="145 1131 264 1149" data-label="Section-Header"> <p><b>Datenschutz-Erklärung</b></p> </div> <div data-bbox="145 1144 715 1229" data-label="List-Group"> <p>Zur Gewährung der beschriebenen Leistungen durch die AOK Bayern ist die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich habe die „Ergänzende Patienteninformation zum Datenschutz und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung“ zur Kenntnis genommen. Mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag bin ich einverstanden und erkläre gleichzeitig die genannten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.</li> <li>• Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag jederzeit widerrufen kann.</li> </ul> </div> <div data-bbox="145 1256 240 1272" data-label="Section-Header"> <p><b>Wichtiger Hinweis:</b></p> </div> <div data-bbox="145 1267 715 1337" data-label="Text"> <p>Ihre Teilnahme am Hausarztvertrag ist freiwillig. Eine Teilnahme ist damit verbunden, dass Sie ausnahmslos mit allen Teilnahme- und Datenschutzbedingungen einverstanden sind. Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Hausarztvertrag nicht möglich. Sie erhalten von uns nach Prüfung und Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen mit besonderem Schreiben Ihren Ausweis zur Vorlage bei Ihrem Hausarzt zugesandt. Bitte beachten Sie, dass Sie erst ab dem im Ausweis genannten Teilnahmebeginn an unserem Hausarztvertrag teilnehmen.</p> </div> <div data-bbox="145 1368 715 1375" data-label="Text"> <p><small>Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters des Versicherten</small></p> </div> <div data-bbox="279 1377 638 1444" data-label="Text"> <p><b>Unterschrift Versicherter</b></p> </div> <div data-bbox="526 1429 715 1449" data-label="Text"> <p><b>EINFACH NUR, MEINE AOK.</b></p> </div> | <div data-bbox="847 602 1377 701" data-label="Section-Header"> <p><b>Ergänzende Patienten-Information zum<br/>Datenschutz und datenschutzrechtliche<br/>Einwilligungserklärung</b></p> </div> <div data-bbox="847 707 1169 745" data-label="Text"> <p>zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V<br/>zwischen der AOK Bayern und dem BHAIV</p> </div> <div data-bbox="1366 703 1482 748" data-label="Text"> <p>Vertragskennzeichen<br/><b>99773</b></p> </div> <div data-bbox="847 763 1212 799" data-label="Section-Header"> <p><b>Bitte vor dem Unterschreiben des „Sonderbeleg Teilnahme<br/>an der hausarztzentrierten Versorgung“ durchlesen!</b></p> </div> <div data-bbox="847 835 1158 857" data-label="Section-Header"> <p><b>Welche Daten werden zu welchem Zweck verarbeitet?</b></p> </div> <div data-bbox="847 869 1415 904" data-label="Text"> <p><b>Verarbeitung beinhaltet gemäß Artikel 4 Ziffer 2 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)<br/>u.s. das Erheben, Speichern und Verwenden von Daten.</b></p> </div> <div data-bbox="847 916 1075 936" data-label="Section-Header"> <p><b>1. Verarbeitung meiner Teilnahmedaten</b></p> </div> <div data-bbox="847 934 1482 1032" data-label="Text"> <p>Der von mir unterschriebene „Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung“ wird von meinem Hausarzt an die AOK Bayern geschickt. Dort werden die Daten geprüft. Ist meine Teilnahme möglich, meldet die AOK Bayern meine Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Versicherten-Nr., Kasernummer(n) und Teilnahmedaten) sowie die Daten meines gewählten Hausarztes und ggf. Ende der aktuellen und ggf. früherer Teilnahmen kontinuierlich und verschickt sie an das Bayerische Hausärzterverband beauftragte Rechenzentrum (HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpel-Strasse 2, 51149 Köln). Das Rechenzentrum leitet diese Daten an meinen Hausarzt weiter. Mein Hausarzt benötigt diese Daten um die dem Vertrag entsprechenden Leistungen zu erbringen und abzurechnen.</p> </div> <div data-bbox="847 1039 1062 1059" data-label="Section-Header"> <p><b>2. Koordination ärztlicher Leistungen</b></p> </div> <div data-bbox="847 1057 1482 1160" data-label="Text"> <p>Demit mein Hausarzt eine umfassende Behandlung sicherstellen kann bin ich ausdrücklich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (die v.g. Daten sowie Gültigkeit der Krankenkassenversicherungsart, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührensnummer und ihr Wert, Angaben zu den dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Anamnese, Diagnosen nach ICD 10 je Befundtag mit Datumsangabe, Medikation und Behandlung, Befunde, Therapieempfehlungen, Ernährungsdiäten, Anze und sonstige Leistungsbringer, Überweisungen, Unfallanamnese, Zusatzungsstatus, Zahlungen, Abrechnungsquartal zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung ansetzen und diese bei einem Arztwechsel auf Anforderung an meinen neu gewählten Hausarzt übermittelt werden und er bei Weiterbehandlung mit Fachärzten und/oder Krankenhausärzten Behandlungsdaten und Befunde austauscht.</p> </div> <div data-bbox="847 1167 936 1187" data-label="Section-Header"> <p><b>3. Abrechnung</b></p> </div> <div data-bbox="847 1184 1482 1254" data-label="Text"> <p>Der Bayerische Hausärzterverband hat gemäß den Regelungen in § 295a Abs. 2 des Sozialgesetzbuches V einen externen Abrechnungsdienstleister (HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpel-Strasse 2, 51149 Köln) mit der Verarbeitung meiner Teilnahmedaten und der im Rahmen der Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt. Für das beauftragte Rechenzentrum gilt das Sozialgesetzbuch im Sinne des § 35 Sozialgesetzbuch I entsprechend. Dabei sind von den Beteiligten die geltend gemachten datenschutzrechtlichen Vorschriften zu beachten.</p> </div> <div data-bbox="847 1261 1219 1283" data-label="Section-Header"> <p><b>4. Verarbeitung der Abrechnungsdaten und Abrechnungsprüfung</b></p> </div> <div data-bbox="847 1279 1482 1312" data-label="Text"> <p>Demit mein Hausarzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen und dabei bestimmte, gesetzlich anzuhaltende Daten erheben und zum Zwecke der Abrechnung an den Abrechnungsdienstleister übermitteln.</p> </div> <div data-bbox="847 1317 1482 1361" data-label="Text"> <p>Hierbei kann mein Hausarzt die nötigen Daten an die HÄVG Rechenzentrum GmbH (s. Pt. 3.) unter Sicherstellung der Wahrung des Sozialgeheimnisses übermitteln. Die HÄVG Rechenzentrum GmbH prüft die Daten und leitet auf geordnetem Wege die elektronische Abrechnungsdaten an die AOK Bayern weiter. Auf der Grundlage dieser Daten erhält mein Hausarzt seine Vergütung.</p> </div> <div data-bbox="847 1366 1482 1449" data-label="Text"> <p>Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmedaten können hierbei verarbeitet werden: Versicherten-Nr., Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kasernummer(n), Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenkassenversicherungsart, Art der Inanspruchnahme, Angaben zum Behandler (Behrebestellnummer, lebenslange Arztnummer, Arztgruppennummer), Institutionskennzeichen, Behandlungstag, Gebührensnummer und ihr Wert, Angaben zu den dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD 10 je Befundtag mit Datumsangabe, Überweisungen, Unfallanamnese, Zusatzungsstatus, Zahlungen, Abrechnungsquartal.</p> </div> |
|--|--|

**Teilnahme- und Datenschutzerklärung:**

**HZV-Beleg:**

Ich bin auch damit einverstanden, dass die vom Abrechnungsdienstleister des Bayerischen Hausärzterverbandes an die AOK Bayern übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten (z. B. hausärztliche Behandlung und Diagnosen, Kosten) zu Abrechnungszwecken, Prüfzwecken und für das Qualitäts- und Kostenkontrolling ausgewertet und genutzt werden. Zur Korrektur eventueller Doppel- oder Fehlabrechnungen oder sachlich-rechtlicher Nichtigkeitsurteilungen können meine personenbezogenen Daten von der AOK Bayern an die HÄVG Rechenzentrum GmbH übermittelt werden. Die Übermittlung ist dabei auf diejenigen Daten beschränkt, die für den Prüfzweck zwingend erforderlich sind.

**5. Abruf meines Teilnahmezustatus**  
Werde ich z. B. im Vertragsfall von einem anderen HZV-Arzt behandelt, bin ich damit einverstanden, dass dieser über den Abrechnungsdienstleister die Möglichkeit hat, meinen aktiven Teilnahmezustatus online über ein verschlüsseltes Verfahren abzurufen.

**Sind die Daten sicher?**  
Ja. Sämtliche Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht sowie die unmittelbar geltenden Bestimmungen der EU-DSGVO, die Vorschriften des Sozialgesetzbuches und des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet. Darüber hinaus sind weitere Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit vertraglich vereinbart. Alle vertraglichen Regelungen sind vom Datenschutzbeauftragten der AOK Bayern überprüft.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:**

Mit Ihrer Unterschrift auf dem „Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung“ bestätigen Sie, dass Sie diese Ergänzende Patienten-Information zum Datenschutz erhalten haben und dass Sie in die Verarbeitung Ihrer Daten gemäß dem oben erläuterten Vorgehen einwilligen.


Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und des Sozialgesetzbuches (SGB) aufgrund Ihrer freiwilligen Einwilligung verarbeitet.

Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist eine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung nicht möglich. Alle anderen Leistungen der AOK Bayern erhalten Sie wie bisher.

Ihre Einwilligung können Sie ohne nachteilige Folgen – mit Ausnahme der dann nicht mehr möglichen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung – jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihnen ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt.

Ihr Widerrufsrecht können Sie schriftlich gegenüber der AOK Bayern, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München oder zur Niederschrift in einer Geschäftsstelle der AOK Bayern oder unter [aok.de/bayern/widerruf](http://aok.de/bayern/widerruf) wahrnehmen.

Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München (Tel. 089 22844056). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/bayern/datenschutzrechte](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. an [datenschutz@by.aok.de](mailto:datenschutz@by.aok.de).

  
**AOK Bayern –  
Die Gesundheitskasse**  
[www.aok.de/bayern](http://www.aok.de/bayern)

Seite 3/3

**Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern**

**Vertragskennzeichen**  
99773

Name, Vorname des Versicherten  
geb. am

Kostenübernehmer  
Versicherter  
Inhaber

Unterschrift des Versicherten  
Arzt-Nr.  
Datum

Bei versicherten Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr ist die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Ich möchte an der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen. Mir sind die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Datenschutzinformationen bekannt. Ich habe diese erhalten, gelesen und bin von meinem Arzt darüber umfassend informiert worden. Insbesondere meine sich daraus ergebenden Pflichten und die Teilnahmedauer sowie ggf. bestehende Fristen und Regelungen zur Beendigung der Teilnahme sind mir bekannt. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben zu meinen Daten und bestätige die Einhaltung der Teilnahmebedingungen.

**Unterschrift Versicherter**

Vertragsarztstempel

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt und unterschrieben an die zuständige AOK-Direktion senden.

Datum / Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters\*