

HANDLUNGSANLEITUNG „Versichertenumschreibung“ per Arztwechselkreuz im HZV-Vertrag AOK Bayern S15

(Stand: September 2023)

Seit dem 01.04.2021 können nun auch HZV-Versicherte der AOK Bayern per Arztwechselkreuz – analog zu allen anderen HZV-Verträgen - auf einen neuen Betreuarzt umgeschrieben werden. Der Arztwechsel ist in den Fällen sinnvoll, in denen eine Patientenübernahme im Rahmen des Prozesses der geregelten Praxisübergabe nicht möglich ist. Bitte wenden Sie sich bei einer geplanten Praxisabgabe unbedingt an unsere Praxisberatung unter vertraege@bhaev.de.

Um Ihnen die Umschreibung von HZV-Versicherten mittels Arztwechselkreuz innerhalb des HZV-Vertrages mit der AOK Bayern zu erleichtern, haben wir Ihnen diese kurze Anleitung erstellt.

Für die reibungslose und korrekte Umschreibung von Versicherten mittels Arztwechselkreuz benötigen Sie folgende Unterlagen:

- **„Teilnahme- und Datenschutzerklärung“** (Anlage 6 zum HZV-Vertrag).
Diese Teilnahmeerklärung steht Ihnen auf unserer Homepage www.hausaerzte-bayern.de in der Rubrik HZV/Ihre Teilnahme/Vertragsunterlagen unter den Vertragsdokumenten des HZV-Vertrages AOK Bayern zur Verfügung.
- **HZV-Beleg +9393+ des Deutschen Hausärzterverbandes** (WICHTIG: Nicht der gelbe 99773 Eischreibebeleg der AOK Bayern)
Wenn Sie bereits an anderen HZV-Verträgen teilnehmen, ist Ihnen der zur Umschreibung von HZV-Versicherten benötigte HZV-Beleg +9393+ bekannt.
Der HZV-Beleg +9393+ kann mittels Bestellformular direkt beim Kohlhammer Verlag angefordert werden.

In 4 Schritten zur korrekten Versichertenumschreibung:

1. Bereits an der HZV-Versicherte können auf einen anderen Hausarzt mittels Kennzeichnung des Arztwechselkreuzes auf dem HZV-Beleg +9393+ des Deutschen Hausärzterverbandes auf einen anderen Betreuarzt in der HZV umgeschrieben werden. Wichtig: Bitte auf keinen Fall den Eischreibebeleg der AOK Bayern (gelber Beleg 99773) verwenden!
2. Entscheidet sich der eingeschriebene Versicherte im Zuge des Arztwechsels für die Behandlung durch Sie als neuen HZV-Betreuarzt, legen Sie dem Versicherten die Teilnahme- und Datenschutzerklärung sowie den HZV-Beleg +9393+ mit der **Kennzeichnung per Arztwechselkreuz** zur Unterschrift vor.
3. Sofern der Versicherte die Teilnahme- und Datenschutzerklärung sowie den HZV-Beleg +9393+ vollständig ausgefüllt und unterschrieben hat, 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.

- Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen HZV-Beleg +9393+ senden Sie bitte analog zu den Einschreibefristen der AOK Bayern an die **HÄVG Rechenzentrum GmbH** in Köln (nicht an die AOK Bayern).

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

Bitte berücksichtigen Sie die Postlaufzeit und senden Sie Ihre HZV-Belege +9393+ regelmäßig an die HÄVG Rechenzentrum GmbH. Die Einsendefristen der HZV-Belege +9393+ zur Umschreibung der Versicherten entsprechen gleichermaßen denen der Einsendefristen für die Patienteneinschreibung der AOK Bayern. Die aktuellen Fristen finden Sie auf unserer Homepage unter www.hausaerzte-bayern.de in der Rubrik HZV/Einschreibung Patienten/Einschreibefristen.

Folgende Fristen gelten für die Umschreibung:

Einreichfrist	Umschreibewirkung zum:
15.01.2024	01.04.2024
15.04.2024	01.07.2024
15.07.2024	01.10.2024
14.10.2024	01.01.2025


Beachten Sie zudem, dass bis zum Wirksamwerden des Arztwechsels, die Versicherten weiterhin bei ihrem alten Betreuarzt an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen.

Hinweis: Der bestehende Einschreibeprozess für Versicherte, die noch nicht in den HZV-Vertrag mit der AOK Bayern eingeschrieben sind, bleibt unverändert. Hierfür verwenden Sie den gelben Einschreibebeleg 99773, den Sie direkt an die AOK Bayern senden.

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 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.

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

<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">  </div> <h3 style="margin: 0;">Hausarztzentrierte Versorgung Teilnahme- und Datenschutzerklärung</h3> <p style="text-align: right; margin: 0;">Vertragskennzeichen 99773</p> <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> <p>Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich zu den nachfolgend aufgeführten Bedingungen an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen möchte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich bin ab Beginn der Teilnahme mindestens 12 Monate an den gewählten Hausarzt gebunden. In dieser Zeit kann ich meine Teilnahme nur aus wichtigem Grund kündigen, z. B. wenn ein gestörtes Arzt/Patientenverhältnis oder ein Wohnortwechsel vorliegt. • 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. • 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 überlegt. Meine Teilnahme ist auf die Laufzeit dieses Hausarztvertrages begrenzt. • Ich kann nicht teilnehmen, wenn ich die Kostenentlastung nach § 13 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. • Ich wähle meinen Hausarzt als ersten Ansprechpartner für medizinische Fragen und Lotsen durch das Gesundheitswesen und entschiede mich: <ul style="list-style-type: none"> • 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). • In Vertretungsfällen meines gewählten Hausarztes einen HV-Vertretungsarzt aufzusuchen. <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> <p>Datenschutz-Erklärung</p> <p>Zur Gewährung der beschriebenen Leistungen durch die AOK Bayern ist die Verarbeitung patientenbezogener Daten notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich habe die „Ergänzende Patienten-Information 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. • Ich nehme zur Kenntnis, dass ich meine Einwilligung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme am Hausarztvertrag jederzeit widerrufen kann. <p>Wichtiger Hinweis: 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 style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: center;"> <p>Unterschrift Versicherter</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 5px;">EINFACH NUR, MEINE AOK.</p>	<h3 style="margin: 0;">Ergänzende Patienten-Information zum Datenschutz und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung</h3> <p style="font-size: small; margin: 0;">zum Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der AOK Bayern und dem BHA/V</p> <p style="text-align: right; margin: 0;">Vertragskennzeichen 99773</p> <p>Bitte vor dem Unterschreiben des „Sonderbeleg Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung“ durchlesen!</p> <p>Welche Daten werden zu welchem Zweck verarbeitet?</p> <p>Verarbeitung beinhaltet gemäß Artikel 4 Ziffer 2 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) u.s. das Erheben, Speichern und Verwenden von Daten.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verarbeitung meiner Teilnehmedaten 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 und Teilnehmedaten) 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-Rumpfer-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. 2. Koordination ärztlicher Leistungen Damit mein Hausarzt eine umfassende Behandlung sicherstellen kann bin ich ausdrücklich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (die v.g. Daten sowie Gültigkeit der Krankenkassenversicherung, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührensnummer und ihr Wert, Angaben zu den dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Anamnese, Diagnosen nach ICD 10 je Befundtag mit Datumangabe, Medikation und Behandlung, Befunde, Therapieempfehlungen, Elternratsprotokolle, Anzeig und sonstige Leistungsbringer, Überweisungen, Unfallvermerke, Zustellungsstatus, Zahlungen, Abrechnungsquartal zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben und diese bei einem Arztwechsel auf Anforderung an meinen neu gewählten Hausarzt übermitteln werden und er bei Weiterbehandlung mit Fachärzten und/oder Krankenhausärzten Behandlungsdaten und Befunde austauscht. 3. Abrechnung Der Bayerische Hausärzterverband hat gemäß den Regelungen in § 295a Abs. 2 des Sozialgesetzbuches V einen externen Abrechnungsdienstleister (HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpfer-Strasse 2, 51149 Köln) mit der Verarbeitung meiner Teilnehmedaten 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. 4. Verarbeitung der Abrechnungsdaten und Abrechnungsprüfung Damit 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. 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 elektronische Abrechnungsdaten an die AOK Bayern weiter. Auf der Grundlage dieser Daten erhält mein Hausarzt seine Vergütung. Folgende persönliche Patienten- und Teilnehmedaten können hierbei verarbeitet werden: Versicherten-Nr., Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kasernummer, Versichertenstatus, Teilnehmedaten, Gültigkeit der Krankenkassenversicherung, Art der Inanspruchnahme, Angaben zum Behandler (Berufstitel, Geburtsdatum, Lebenslange Arztnummer, Arztgruppennummer, Institutionskennzeichen), Behandlungstag, Gebührensnummern und ihr Wert, Angaben zu den dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD 10 je Befundtag mit Datumangabe, Überweisungen, Unfallvermerke, Zahlungsstatus, Zahlungen, Abrechnungsquartal.
--	---

Teilnahme- und Datenschutzerklärung:

HZV-Beleg +9393+:

Ich bin auch damit einverstanden, dass die vom Abrechnungsmeldender des Bayerischen Hausärzterverbands an die AOK Bayern übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten (z. B. hausärztliche Behandlung und Diagnose, Kosten) zu Abrechnungszwecken, Prüfbelägen und für die Qualitäts- und Kostenkontrolle ausgewertet und genutzt werden. Zur Korrektur eventueller Doppel- oder Fehlabrechnungen oder sachlich-rechnerischer Richtigerungen 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 Prüfwert zwingend erforderlich sind.

5. Abruf meines Teilnahmezustatus
Werde ich z. B. im Vertretungsfall von einem anderen HÄV-Arzt behandelt, bin ich damit einverstanden, dass dieser über den Abrechnungsmeldender die Möglichkeit hat, meinen aktuellen Teilnahmezustatus online über ein verschlüsseltes Verfahren abzurufen.

Sind die Daten sicher?
Ja. Strenge Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht sowie die urrechtlich gebundenen 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 aufnehmen.

Verantwortlich für die Datenerhebung ist die AOK Bayern, Carl-Wery-Str. 28, 81739 München (Tel. 089 22844030). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/ Datenschutzhilfe oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Bei Fragen wenden Sie sich zu unserem Datenschutzbeauftragten unter der vorgenannten Adresse/Telefonnummer bzw. an den datschutz@bj.aok.de.

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
www.aok.de/bayern

HzV-Beleg

DEUTSCHER HAUSÄRZTEVERBAND +9393+

HzV-Beleg Stand Juli 2014

HZVwechsel

Name, Vorname, Nachname		
[]		
Geb. am		
[]		
Einzelpraxisnummer	Versicherer-Nr.	Stimme
[]	[]	[]
Teilnehmende-Nr.	Kost-Nr.	Datum
[]	[]	[]

Ich möchte an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen. Meine Teilnahme ist freiwillig. Mir sind die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Patienten-Information zum Hausarztprogramm und zum Datenschutz beschriftet. Über diese erhalten, geben und bin von meinem Hausarzt oder einem Inhalt informiert worden. Ich erkläre hiermit ausdrücklich mein Einverständnis mit den Teilnahmebedingungen in der gesondert unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungserbringung, der Rechnungslegung und Auswertung in den Datenverarbeitungssystemen des Deutschen Hausärzterverbands zu.

Unterschrift Versicherter

Bitte diesen Beleg vollständig ausgefüllt senden an:
HÄVG Rechenzentrum GmbH
Edmund-Rumpler-Str. 2, 51149 Köln