

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
107310373		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Erklärung

## zur Teilnahme an der „Hausarztzentrierten Versorgung“

002AH

### 1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich unter den an dieser Versorgung teilnehmenden Hausärzten meinen behandelnden und betreuenden Hausarzt wähle und verpflichte mich gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, meinen Hausarzt zuerst zu konsultieren, den Facharzt (mit Ausnahme von Kinder-, Augen- und Frauenärzten) nur auf Überweisung meines gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen und im Vertretungsfall (z. B. Urlaub, Krankheit meines Hausarztes) nur den mir von meinem Hausarzt benannten Vertretungsarzt zu konsultieren. Die Inanspruchnahme in Notfällen bleibt unberührt,
- mich mein gewählter Arzt bzw. meine AOK – Die Gesundheitskasse ausführlich über die Inhalte, die Versorgungsziele der Hausarztzentrierten Versorgung sowie über die Aufgabenteilung zwischen meinem Arzt, anderen Fachleuten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung informiert hat. Ich habe diese ausführlichen schriftlichen Materialien erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung freiwillig ist und ich an die Teilnahme sowie die Wahl meines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden bin und meinen Hausarzt nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln darf. Das Jahr wird gerechnet ab dem Zeitpunkt der Teilnahmeerklärung plus vier Quartale,
- die Teilnahme mit dem im Bestätigungsschreiben der AOK genannten Termin beginnt und sich um weitere vier Quartale verlängert, wenn ich nicht zwei Monate vor Ablauf der Jahresfrist die weitere Teilnahme kündigt. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der AOK zu erklären
- eine Einschreibung / Teilnahme bei mehr als einem Hausarzt nicht möglich ist und ich im Falle eines Verstoßes gegen meine Pflichten aus der Hausarztzentrierten Versorgung ausgeschlossen werden kann und ggf. die Kosten einer vertragswidrigen Inanspruchnahme eines anderen als meines gewählten Hausarztes selbst zu tragen bzw. der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zu ersetzen habe,
- meine im Rahmen des Versorgungsprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Versorgungsprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Ende der Teilnahme an dem Versorgungsprogramm.

**Ja**, ich möchte an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

### 2. Widerrufsbelehrung

Sie können diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (z. B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der AOK widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die AOK.

**Ja**, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

### 3. Einwilligung zur Datenverarbeitung im Versorgungsprogramm

Ich willige in die in der „Information zum Datenschutz“ beschriebene Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung im Rahmen der Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung durch die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland oder im Rahmen des Vertrages berechnigte Dritte ausdrücklich ein.

**Ja**, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und diese sowie die vorstehende Belehrung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung einverstanden sowie über meine Rechte belehrt worden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

### 4. Widerrufsbelehrung bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung

Sie können Ihr Einverständnis ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dieser Widerruf berührt jedoch nicht die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf der Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgten Datenverarbeitung. Ihre Widerrufserklärung, die zum Ausscheiden aus der Hausarztzentrierten Versorgung führt, können Sie per E-Mail richten an [dmp@service.rps.aok.de](mailto:dmp@service.rps.aok.de), per Fax an 06352 714-108 oder per Post an AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, 66104 Saarbrücken.

**Ja**, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift

# Eine Information zum Datenschutz

## I. Allgemeine Informationen zum Datenschutz

### 1. Was ist die Hausarztzentrierte Versorgung der AOK?

Die Hausarztzentrierte Versorgung richtet sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische oder schwerwiegende Krankheiten haben. Mit der Hausarztzentrierten Versorgung will die AOK gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre AOK – Die Gesundheitskasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesem Programm entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patienten“.

Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsprogramm ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

### 2. Welche Ihrer Daten werden zu welchen Zwecken an welche Stelle übermittelt?

#### Ihre Teilnahmeerklärung

Ihre unterschriebene Teilnahmeerklärung wird von Ihrem Arzt an Ihre Krankenkasse übermittelt. Ihre Krankenkasse prüft die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Versicherung und des Vorliegens der Teilnahmevoraussetzungen.

#### Abrechnung

Damit Ihr Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Hierzu übermittelt der Arzt gemäß § 295 SGB V Ihre Daten verschlüsselt an die Kassenärztliche Vereinigung. Dort werden die Abrechnungsdaten entschlüsselt und auf Richtigkeit geprüft. Anschließend erstellt die Kassenärztliche Vereinigung aus den erhaltenen Daten eine Abrechnungsdatei nach § 295 SGB V, die sie Ihrer Krankenkasse verschlüsselt zur Verfügung stellt. Auf Grundlage dieser Abrechnungsdatei zahlt Ihre Krankenkasse die Vergütung an Ihren Arzt.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern und ihr Wert, Diagnosen nach ICD 10 je Behandlungstag mit Datumsangabe.

### 3. Wie werden Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland verarbeitet?

Bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland werden Ihre Daten wie bei jedem anderen Patienten nach den Grundsätzen der §§ 295, 295 Abs. 1b, 295a SGB V behandelt.

### 4. Wer ist Empfänger Ihrer Daten?

Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder beauftragte Dienstleister sein.

Ihre im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen (EU-DSGVO, BDSG, etc.) verarbeitet (das beinhaltet u.a. Erheben, Speichern, Verwenden). Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Wenn Sie weitere Informationen zum Thema Datenschutz benötigen, wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, 66104 Saarbrücken oder an [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de).

## II. Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten sinnvoll. **Mit Ihrer Einwilligung zur Datenverarbeitung und Teilnahme am Versorgungsprogramm erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte darüber sowie Befunde und Therapieempfehlungen zwischen den Sie behandelnden Ärzten und Therapeuten ausgetauscht werden. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.**

## III. Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung und Ihre Rechte zum Schutz dieser Daten

**Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten nach I. und II. mit Ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung am Versorgungsprogramm.**

### 1. Zum Schutz Ihrer Daten stehen Ihnen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte zu:

- Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 DS-GVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Löschung (Art. 17 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO)
- Widerspruchsrecht (Art. 21 DS-GVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund einer Einwilligung besteht das Recht diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Weitere Informationen zu den Ihnen aufgrund gesetzlicher Regelungen zustehenden Rechten erhalten Sie auf [www.aok.de/rps/datenschutzrechte](http://www.aok.de/rps/datenschutzrechte)

### 2. Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde

Nach Art. 77 DS-GVO i.V.m. § 81 SGB X besteht für den Betroffenen das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn dieser der Ansicht ist, dass die Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Rheinland-Pfalz, Hintere Bleiche 34, 55116 Mainz, E-Mail: [poststelle@datenschutz.rlp.de](mailto:poststelle@datenschutz.rlp.de).

# Hausarztzentrierte Versorgung

## Eine Information für Patienten

### Optimale Versorgung

Sowohl den Hausärzten in Rheinland-Pfalz als auch der AOK – Die Gesundheitskasse liegt eine gute, bedarfsgerechte und wohnortnahe hausarztzentrierte Versorgung (HZV) der Menschen in Rheinland-Pfalz sehr am Herzen. Wir möchten dabei helfen, Ihre Motivation zur Erhaltung Ihrer Gesundheit und das Ergebnis Ihres Krankheitsverlaufes positiv zu beeinflussen. Die HZV richtet sich an alle Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, die ihren Hausarzt in Rheinland-Pfalz wählen.

### Die Qualität der Betreuung im Fokus

Dabei möchten wir besonders diejenigen Versicherten ansprechen, die aufgrund chronischer Erkrankungen oder Mehrfacherkrankungen einer besonderen Betreuungsintensität bedürfen. Auch legen wir einen Schwerpunkt auf die Weiterentwicklung einer qualitätsgesicherten Versorgung in Rheinland-Pfalz.

Ein besonders wichtiger Schritt hierzu ist die Optimierung Ihrer „Pharmakotherapie“, das heißt die qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung, koordiniert durch Ihren Hausarzt.

### Was ist die HZV?

Die Hausärzte in Rheinland-Pfalz und die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse setzen sich für eine qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte und wohnortnahe hausärztliche Versorgung der Menschen in Rheinland-Pfalz ein. Die HZV verfolgt das Ziel, die qualitätsorientierte Versorgung der Versicherten zu stärken. Insbesondere Menschen mit langwierigen und schwierigen Krankheitsbildern sollen die Sicherheit haben, dass die Versorgung ihrem besonderen Bedarf durch qualitätsorientierte und intensive Betreuung gerecht wird. Deswegen gibt es seit dem 01.03.2015 den Hausarztvertrag in Rheinland-Pfalz

### Welchen Nutzen hat die HZV für mich als Versicherten?

Durch die Teilnahme an der HZV erhalten Sie eine besonders qualitätsorientierte und intensive Betreuung. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich außerdem höchster qualitativer Versorgungsstandards und nehmen regelmäßig an Fortbildungen und Qualitätszirkeln teil. Ihr Hausarzt ist Ihr vertrauter Ansprechpartner in allen medizinischen Fragen, der Sie und Ihre Bedürfnisse kennt und somit die bestmögliche Versorgung sicherstellen kann. Dabei möchten wir besonders diejenigen Versicherten ansprechen, die aufgrund chronischer Erkrankungen oder Mehrfacherkrankungen einer besonderen Betreuungsintensität bedürfen.

### Welchen Nutzen hat die HZV für Ärzte?

Mit Hilfe der HZV kann der Arzt, der Sie am besten kennt – Ihr Hausarzt – seine Rolle viel besser wahrnehmen. Er ist Ihre persönliche Anlaufstelle im Gesundheitssystem und kann für Sie die optimale Therapie aussuchen und koordinieren. So können zum Beispiel gefährliche Situationen durch Doppelbehandlungen und nicht abgesprochenen Arzneimittelverschreibungen vermieden werden. Auch sind Ihre Krankheitsdaten in guten Händen und werden bei Ihrem Hausarzt verlässlich immer auf den neuesten Stand gebracht. Ihr Hausarzt kann sich so mehr Zeit für Sie nehmen.

### Wie kann ich an der HZV teilnehmen?

Die HZV richtet sich an alle Versicherte der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse, die ihren Hausarzt in Rheinland-Pfalz wählen. Wenn Ihr Hausarzt seine Teilnahme am Hausarztvertrag erklärt hat, können auch Sie sich nach einem Gespräch mit Ihrem Hausarzt für den Vertrag entscheiden. Eine Teilnahme an der HZV ist freiwillig und durch Ihre schriftliche Teilnahmeerklärung – die sogenannte Einschreibung – zu bekunden. Mit der Einschreibung in die HZV entscheiden Sie sich verbindlich für Ihren betreuenden und behandelnden Hausarzt.

## **Darf ich noch zu anderen Ärzten gehen?**

Der gewählte Hausarzt ist nun Ihre erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem und übernimmt eine „Steuerungsfunktion“ um Ihnen immer die bestmögliche Therapie zu ermöglichen. Gehen Sie deswegen bei allen Erkrankungen – außer natürlich in Notfällen – immer zuerst zu Ihrem persönlich gewählten Hausarzt. Dieser erstellt dann einen Therapieplan und leitet Sie gegebenenfalls auch an die richtigen Fachärzte oder Spezialisten weiter. Die Inanspruchnahme von Kinder-, Augen- und Frauenärzten, sowie die notärztliche Versorgung ist davon nicht berührt.

## **Mein Hausarzt ist im Saarland, kann ich trotzdem an der HZV teilnehmen?**

Leider gilt der Vertrag nur für Versicherte die einen Hausarzt in Rheinland-Pfalz wählen, unabhängig ob Sie selber in Rheinland-Pfalz oder Saarland leben. Die Verträge werden in der Regel mit den bestehenden Ärzteverbänden innerhalb der Landesgrenzen geschlossen, auch wenn die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse Ihnen natürlich als Ihre Gesundheitskasse in beiden Ländern zur Seite steht.

## **Mein Hausarzt ist im Urlaub – zu welchem Hausarzt soll ich jetzt gehen?**

Ihr Hausarzt hat in der Regel eine Vertretung für die Zeit seiner Abwesenheit organisiert. Diese sollten Sie auch in erster Linie nutzen – unabhängig davon ob der Vertretungsarzt an der HZV teilnimmt oder nicht. Ihre Teilnahme an der HZV ist an Ihren Hausarzt gebunden und hat bei einem Vertretungsarzt keine Nachteile für Sie.

## **Kann ich auch wieder kündigen?**

Ja, allerdings sind Sie an die Teilnahme an der HZV für mindestens ein Jahr gebunden. Das Jahr wird ab dem Zeitpunkt der Teilnahmeerklärung für die dann folgenden vier Behandlungsquartale gerechnet. Ihre Teilnahme verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn Sie nicht zwei Monate vor Ablauf der Laufzeit Ihre Teilnahme kündigen. Die Kündigung ist schriftlich gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse zu erklären.

## **Was Ihre AOK – Die Gesundheitskasse für Sie tut**

Ihre Gesundheitskasse unterstützt Sie mit Informationen zu Ihrer Erkrankung und zur Hausarztzentrierten Versorgung. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter der AOK – Die Gesundheitskasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre AOK – Die Gesundheitskasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärzte in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

## **Teilnahmevoraussetzungen**

- Sie sind bei der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse versichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv an der Hausarztzentrierten Versorgung mitzuwirken,
- Sie wählen einen Hausarzt, der an der Hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt und erklären, diesen vorrangig für Ihre Behandlung im Rahmen dieses Versorgungsprogramms in Anspruch zu nehmen und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme und Einwilligung.

## **Ihre Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig und für Sie kostenfrei**

Ihre aktive Teilnahme ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Selbstverständlich entstehen Ihnen keine persönlichen Nachteile, wenn Sie nicht teilnehmen oder die Teilnahme beenden und Sie werden von Ihren behandelnden Ärzten im gewohnten Umfang und der gleichen Qualität weiter betreut.

Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre AOK – Die Gesundheitskasse.

***Ihre AOK – Die Gesundheitskasse und Ihr Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.***