

## **1. Nachtrag**

**zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden  
Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der  
vertragsärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V vom 30.09.2024**

zwischen dem

**BKK-Landesverband NORDWEST**

Friesenstraße 3,  
20097 Hamburg

**- nachfolgend BKK-LV NORDWEST genannt -**

und der

**Kassenärztliche Vereinigung Hamburg**

**- vertreten durch den Vorstand -**

**Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg**

**- nachfolgend KVH genannt –**

**Vertragskennzeichen: 12002400191**

1. Die Anlage 2 (Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten) und die Anlage 2a (Patienteninformation) werden gegen die diesem Nachtrag beigefügten Anlagen 2 und 2a ausgetauscht.
  
2. Der 1. Nachtrag tritt zum 01.07.2025 in Kraft.

Hamburg, den

Hamburg, den

---

BKK-Landesverband NORDWEST  
für die beigetretenen  
Betriebskrankenkassen

---

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

## Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

### (Anlage 2)

Zum Vertrag über die Durchführung eines  
ergänzenden **Hautkrebsvorsorge-Verfahrens**  
nach § 140a SGB V

**Vertragskennzeichen: 12002400191**

### Info für den Arzt

Bitte Original per Post an die KVHH senden:

KV- Hamburg  
Abrechnungsabteilung  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

## Erklärung zur Teilnahme

**Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.**

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. In der Patienteninformation wird das Behandlungsende näher erläutert. Ich bin mit dem Inhalt der „Patienteninformation zur besonderen Versorgung“ einverstanden.

## Belehrung über Widerrufsrecht

Sie haben das Recht, die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung und ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Betriebskrankenkasse zu erklären. Zur Einhaltung der Frist, genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der Patienteninformation zur besonderen Versorgung wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Betriebskrankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

Stempel des Arztes

Unterschrift

## Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen/Datenverarbeitung

Die Ziele, der Zweck, die Art der Daten und die Verarbeitungswege einschließlich der Beteiligten habe ich der ausgehändigten Patienteninformation entnommen.

Ich bin mit der nachstehend beschriebenen und in der Patienteninformation erläuterten Erhebung (Beschreibung welche Daten benötigt werden), Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Mir ist bekannt, dass die beteiligten Leistungserbringer der beruflichen Schweigepflicht unterliegen. Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt erhebt die für die Behandlung notwendigen Daten. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Behandlung zu sichern.

Meine Ärztin bzw. mein Arzt ist befugt, die für die Abrechnung der Leistungen erforderlichen Daten über die Kassenärztliche Vereinigung an die Betriebskrankenkasse zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die Betriebskrankenkasse darf meiner Ärztin bzw. meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung „Hautkrebsvorsorge-Verfahren" ausgesprochen wird.

Meine Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt darf meine Teilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung an die Betriebskrankenkasse übermitteln.

Meine für den Vertrag auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende.

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung, Abrechnungsprüfung ein.

Widerrufsmöglichkeiten: meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen – schriftlich, mündlich oder elektronisch. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann.

Bitte das heutige Datum eintragen

--	--	--	--	--	--	--	--

T T M M J J J J

--

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Einverständniserklärung zum Datenschutz

# Besondere Versorgung (BesV)

Anlage 2a



zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 140a SGB V  
Vertragskennzeichen: **12002400191**

## Patienteninformation nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

**Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,**

wir freuen uns, dass Sie an unserem Vertrag zur ergänzenden Hautkrebsvorsorge teilnehmen möchten.

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

### Das Ziel ist:

- Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen und Sie über das persönliche Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebserkrankungen zu beraten, daher können Sie bereits vor Vollendung des 35. Lebensjahres jedes zweite Jahr an dieser ergänzenden Hautkrebsvorsorge teilnehmen.
- Dabei wird bei Ihnen eine Ganzkörperuntersuchung durch fachlich qualifizierte Ärzte vorgenommen und dokumentiert.
- Bei festgestellten Hauterkrankungen werden diese im Rahmen einer kurativen Behandlung versorgt.

### Information zur Teilnahme, Widerruf, Bindungsfrist, Mitwirkungspflicht, Pflichtverletzung und Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist für Sie freiwillig. Sofern Sie schriftlich Ihre Teilnahme und Ihr Einverständnis zur Datenfreigabe mit der Teilnahmeerklärung und Patienteninformation, die ihnen nach ausführlicher Beratung durch den Arzt vorgelegt wird, erklären sind Sie dann an die teilnehmenden Ärzte der Praxis, des MVZ bzw. der ermächtigten Einrichtung oder ermächtigten Ärzte gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden automatisch zum Abschluss der Untersuchung.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt, z.B., wenn das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt nachhaltig gestört ist oder Sie z.B. wegen eines Umzuges keine Möglichkeit haben, die Behandlung durch den teilnehmenden Arzt wahrzunehmen.

Die Teilnahme endet auch

- mit dem Ende Ihres Versicherungsverhältnisses mit der teilnehmenden Betriebskrankenkasse bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches nach § 19 SGB V,
- mit Ihrem Widerruf
- mit Ihrem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung.
- mit Beendigung der Vertragsteilnahme des einschreibenden Arztes oder
- mit Beendigung des Vertrages
- bei Ausschluss von der Vertragsteilnahme, welcher durch die teilnehmende Betriebskrankenkasse insbesondere bei fehlender Mitwirkung oder sonstigem fortgesetztem dem Vertragszweck zu wider laufendem Verhalten des Versicherten erklärt wurde.

Bitte beachten Sie, dass die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung mit sofortiger Wirkung endet, wenn Sie sich nicht an die dargestellte Bindung halten.

**zur Sicherstellung des Datenschutzes möchten wir Sie über die folgenden Einzelheiten der Datenerhebung im Falle Ihrer Teilnahme an dem Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens informieren:**

1. Verantwortliche(r) für den Datenschutz nach Art. 26 DS-GVO sind gemeinsam
  - Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
  - Der BKK-Landesverband NORDWEST - Hauptverwaltung Hamburg, Friesenstraße 3, 20097 Hamburg, info@bkk-nordwest.de

Die oben genannten Verantwortlichen beachten die Datenschutzrechte der teilnehmenden Personen, soweit sich diese Daten in ihrer Verfügungsgewalt befinden und von ihnen verarbeitet werden. Sie stellen die jeweils dafür erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen eigenverantwortlich sicher.
2. Der/die Datenschutzbeauftragte/r des BKK-Landesverbands NORDWEST ist unter der vorgenannten E-Mail-Adresse zu erreichen. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich im Bedarfsfall auch an Ihre Betriebskrankenkasse sowie deren Datenschützer wenden.
3. Die personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versichertenbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 die im Rahmen der „Hautkrebsvorsorge“ erhoben werden, dienen der Abrechnung und Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a SGB V.
4. Diese Daten werden zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkasse nur zum Zwecke der Abrechnung und Abrechnungsprüfung ausgetauscht. Darüber hinaus werden die Teilnahmeerklärungen der jeweiligen Krankenkasse mitgeteilt.
5. Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten nur solange gespeichert, wie sie für die Abrechnung der am Programm beteiligten Vertragspartner sowie zu Prüfzwecken erforderlich sind.
6. Sie haben im Rahmen der Regelungen der DS-GVO ggf. ein Recht auf Auskunft gegenüber dem jeweiligen Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO), auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) oder das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).
7. Sie haben das Recht, eine gegebene Einwilligung zur Datenverarbeitung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). Der Widerruf ist schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.
8. Sie haben das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO).
9. Die Teilnahme an dem Programm ist freiwillig.
10. Die Bereitstellung der Daten durch Sie ist daher nicht gesetzlich vorgeschrieben. D.h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, diese Daten bereitzustellen, soweit nicht gesetzlich vorgeschriebene Bindungsfristen nach einer zunächst erklärten Teilnahme berührt werden. Mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung ist daher auch zugleich der Widerruf an der Teilnahme an dem Versorgungsprogramm verbunden. Die erhobenen Daten können dann längstens nur noch solange verwendet werden, wie sie zur Durchführung der Abrechnung der Integrierten Versorgung innerhalb der vorgesehenen Bindungsfristen erforderlich sind.