

## **2. Änderungsvereinbarung**

**zum  
Vertrag nach § 73 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 73c SGB V  
über die Durchführung eines**

### **Hautvorsorge-Verfahrens**

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

**zwischen der**

**BARMER GEK  
Axel Springer Straße 44, 10969 Berlin**

**und der**

**Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)  
Humboldtstr. 56  
22083 Hamburg**

Die Vertragsparteien vereinbaren folgende Änderungen bezüglich des am 01.08.2006 in Kraft getretenen und zuletzt mit der 1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung ab 01.01.2010 geänderten Vertrages über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens nach § 73 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 73c SGB V zwischen der KVH und der Gmünder ErsatzKasse (GEK), dessen Rechtsnachfolgerin die BARMER GEK ist:

1. § 2 wird wie folgt neu gefasst:

### **§ 2 Teilnahme der Versicherten**

- (1) Zu den anspruchsberechtigten Personen zählen die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der BARMER GEK versicherten Personen im Alter von 15 bis 34 Jahren.

- (2) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an dieser Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung (Anlage 1), die ihm durch den Arzt nach ausführlicher Beratung vorgelegt wird und bindet sich damit für mindestens ein Jahr an die Versorgung nach diesem Vertrag.
- (3) Die Teilnahme beginnt frühestens 14 Tage nach Zugang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der BARMER GEK.
- (4) Die Teilnahme endet
  1. ein Jahr nach Einschreibung in diesen Vertrag,
  2. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BARMER GEK bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches nach § 19 SGB V,
  3. bei Ausschluss des Versicherten von der Vertragsteilnahme, welcher durch die BARMER GEK insbesondere bei fehlender Mitwirkung oder sonstigem fortgesetztem dem Vertragszweck zuwider laufendem Verhalten des Versicherten erklärt werden kann,
  4. mit Beendigung des Vertrages.

2. § 7 wird wie folgt neu gefasst:

### **§ 7 Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung, der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vereinbarungsverhältnisses bestehen.

Der Arzt stellt sicher, dass alle an der Versorgung Beteiligten die vorgenannten Bestimmungen einhalten, sich der Schweigepflicht unterwerfen und die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen durchgeführt werden. Der Leistungserbringer bestätigt die Einhaltung der ihm obliegenden Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X.

- (2) Die Erhebung, Verarbeitung (insbesondere Übermittlung) und Nutzung personenbezogener Daten bedarf der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite, der ihn betreffenden Datenerhebung und –Verarbeitung

unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten durch den Arzt aufgeklärt (Anlage 2).

- (3) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahme- bzw. Einwilligungserklärung durch einen Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten, die für die Aufgabenerfüllung benötigt und erhoben werden, gelöscht. Die medizinischen Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

### 3. Die Anlagen

1. Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten
2. Patienteninformation zur Teilnahme

werden Bestandteile dieses Vertrages.

4. Diese Änderungsvereinbarung tritt am 01.07.2013 in Kraft.

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Thomas Wortmann – Landesgeschäftsführer  
BARMER GEK Landesgeschäftsstelle Hamburg

Anlage 1 zum Vertrag nach § 73 Abs. 3 in Verbindung mit § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens

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

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten

**Hautvorsorge-Verfahren**  
**Vertragskennzeichen: 171022AE001**

Das Original wird an die Krankenkasse übermittelt.

### Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der BARMER GEK versichert bin.

**Ja, ich möchte die Leistungen des Vertrags zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung in Hamburg und meiner Krankenkasse nutzen, und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.**

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an meine Krankenkasse übermittelt.

Über die Teilnahmevoraussetzungen und Leistungsinhalte wurde ich informiert. Eine Patienteninformation zum Vertrag Hautvorsorge-Verfahren wurde mir ausgehändigt. Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die vertraglich vorgesehenen Leistungen nur durch am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall und von ärztlichen Notfalldiensten. Mit der Behandlung durch die beteiligten Vertragsärzte bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich an diese Verpflichtung und diese Wahl mindestens 12 Monate gebunden bin. Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

Das Ende der Versicherung bei der BARMER GEK beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus endet die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung der nach diesem Vertrag vorgesehenen Leistung oder mit der Beendigung des Vertrages.

Ich erkläre hiermit die Teilnahme an dem Vertrag nach § 73c SGB V zum Hautvorsorge-Verfahren.

Die Belehrung über mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

### 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 oder zur Niederschrift bei Ihrer Kasse zu erklären. Zur Einhaltung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Machen Sie keinen Gebrauch von Ihrem Widerrufsrecht, sind Sie nach Ablauf der Frist mindestens ein Jahr an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

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

### Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 73c SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die/den Versicherte/n bzw. die/den gesetzlichen Vertreter/in über die Erhebung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme umfassend aufgeklärt habe. Ich bestätige mein Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel des Arztes

Unterschrift

## Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

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, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten zur Einhaltung der Verfahrensabläufe dieser besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Teilnahme einverstanden.

Mir ist bekannt, dass meine teilnehmende Ärztin bzw. mein teilnehmender Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. 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 BARMER GEK zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die BARMER GEK darf meiner Ärztin bzw. meinem Arzt eine Mitteilung machen, wenn eine Ablehnung bzw. Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung „Hautvorsorge-Verfahren“ ausgesprochen wird.

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

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die BARMER GEK veranlasst worden, darf die Krankenkasse medizinische Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag annehmen und an den prüfenden Arzt weiterleiten.

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 und Evaluation ein.

Der Widerruf der Verwendung meiner Daten zur Evaluation führt nicht zur Beendigung meiner Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung.

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

Anlage 2 zum Vertrag nach § 73 Abs. 3 in Verbindung mit § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens

## **Patienteninformation zur Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung:**

### **Hautvorsorge-Verfahren**

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

Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt nimmt an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teil und klärt Sie über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme auf.

#### **Die Leistungen**

Im Rahmen dieses Vertrages über die Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens haben die teilnahmeberechtigten Versicherten jedes zweite Jahr Anspruch auf folgende Leistungen:

Die Durchführung einer prophylaktischen Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs. Diese umfasst die Anamnese, die körperliche Untersuchung einschließlich Auflichtmikroskopie (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute) sowie die Dokumentation. Darüber hinaus besteht der Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Untersuchung, wobei insbesondere das persönliche Risikoprofil sowie Hilfen zur Vermeidung bzw. zum Abbau von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen angesprochen werden.

#### **Ihre Teilnahme**

Der Kreis der anspruchsberechtigten Patientinnen und Patienten umfasst alle Versicherten der BARMER GEK im Alter von 15 bis 34 Jahren, die eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs in Anspruch nehmen möchten und die für die Behandlungen nach dem Vertrag geeignet sind.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie können die Teilnahmeerklärung bei Ihrem Arzt ausfüllen. Sie erklären Ihre Teilnahme an dem Vertrag durch Unterzeichnen der Teilnahmeerklärung. Ihr Arzt händigt Ihnen eine Kopie der Erklärung aus. Sie sind an diese Wahl 12 Monate gebunden. Sie können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der BARMER GEK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ihre Teilnahmeerklärung schickt/faxt der Arzt zur Prüfung an die BARMER GEK. Wird die Teilnahme abgelehnt (z.B. ungeklärter Versichertenstatus, kein Leistungsanspruch gegenüber der BARMER GEK) erhalten Sie eine Mitteilung durch die BARMER GEK.

#### **Ihre Teilnahme endet automatisch**

- ein Jahr nach Einschreibung in diesen Vertrag,
- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BARMER GEK,
- mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,

- mit Ende des Selektivvertrages,
- mit dem Widerruf Ihrer Einwilligungserklärung in die Datenverwendung.

Ihre Teilnahme endet dagegen nicht automatisch, wenn

- der Arzt nicht mehr an dem Selektivvertrag teilnimmt
- das Arzt-Patienten-Verhältnis nachhaltig gestört ist.

In diesen besonderen Fällen können Sie vor Ablauf des Teilnahmejahres aus dem Selektivvertrag entlassen werden. Hierzu wenden Sie sich bitte an die BARMER GEK.

Eine erneute Teilnahme an dem Vertrag zur Durchführung eines Hautvorsorge-Verfahrens ist nur nach besonderer Zustimmung der BARMER GEK möglich.

~~~~~

## Patienteninformation zur Datenverarbeitung

Eine neue gesetzliche Regelung (§ 295 a SGB V) sieht vor, dass alle Patientinnen und Patienten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, genau über die Datenverarbeitung informiert werden müssen. Deshalb lesen Sie bitte diese Patienteninformation sorgfältig durch.

### Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahmeerklärung wird durch die Praxis an die BARMER GEK geschickt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr.), Daten zu ihrem gewählten Arzt, ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Selektivvertrag teilnehmen. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung mitgeteilt.

### Abrechnung

Damit Ihr Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung maschinell verwertbar auf einem Datenträger erstellen.

Die BARMER GEK hat die teilnehmenden Leistungserbringer umfassend vertraglich zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

Im Rahmen der Abrechnung übermittelt Ihr Arzt gem. § 295 Abs. 1 SGB V Ihre Daten über die Kassenärztliche Vereinigung an die BARMER GEK. Dort werden die Abrechnungsdaten auf Richtigkeit geprüft.

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt: Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Gebührennummern, Angaben zu den für sie dokumentierten Leistungen, Verordnungsdaten, Diagnosen nach ICD-10 je Behandlungstag mit Datumsangabe, Überweisungen unter Angabe des Abrechnungsquartals.

Gemäß § 295a Abs. 1 SGB V ist dieser Abrechnungsweg nur zulässig, soweit Sie in die damit verbundene Datenübermittlung eingewilligt haben. Die Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung.

## **Verarbeitung und Nutzung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der BARMER GEK**

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die Krankenkasse für den Selektivvertrag sowie für die Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen geregelt. Für die Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist es erforderlich, dass Sie zusätzlich eine Einwilligungserklärung für die nicht gesetzlich geregelte Datenverwendung bei der BARMER GEK abgeben. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung endet automatisch bzw. ist dann aber nicht mehr möglich.

### **Wissenschaftliche Begleitung**

Sollten der Selektivvertrag oder Ihre Behandlungsdaten durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich bewertet werden, ist sichergestellt, dass Ihre Verordnungs- und Diagnosedaten nur pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das Institut sind die Daten anonym, ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen. Die Gesamtergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden anschließend, z. B. in der Mitgliederzeitschrift, veröffentlicht oder dienen der Kontrolle und Vergütung von Qualitätsindikatoren, die zu erbringen sich die Ärzte verpflichtet haben.

### **Prüfung durch den MDK und externe Gutachter**

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder durch externe Gutachter durch die BARMER GEK veranlasst worden, z.B. bei der Frage nach der Notwendigkeit einer Einweisung in ein Krankenhaus, ist die Krankenkasse dazu befugt medizinische Unterlagen von der Praxis in einem verschlossenen Umschlag anzunehmen und an den prüfenden Arzt weiter zu leiten.

Der Arzt des MDK bzw. der externe Gutachter ist zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.

### **Schweigepflicht und Datenlöschung**

Im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung.

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Selektivvertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung müssen diese Daten gelöscht werden.