

1. Nachtrag

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

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
Heidenkampsweg 99, 20097 Hamburg,
- nachfolgend KV Hamburg genannt –**

und der

**BIG direkt gesund
Markgrafenstraße 62, 1069 Berlin
- nachfolgend BIG genannt –**

vom 01.04.2016

- I.) Anlage 1 (Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten) erhält die dieser Vereinbarung beigefügte neue Fassung.
- II.) Anlage 2 (Patienteninformation) erhält die dieser Vereinbarung beigefügte neue Fassung.
- III.) Dieser Nachtrag tritt am 25.5.2018 in Kraft. Es wird eine Übergangszeit bis zum 30.6.2018 vereinbart, in der sowohl die bisher gültige Anlage 2 als auch das diesem Nachtrag beigefügte neue Formular genutzt werden können.

Hamburg,

Berlin,

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

BIG direkt gesund

Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

Anlage 1 zum Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Hamburg und der BIG direkt gesund

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

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten

Hautkrebsvorsorge-Verfahren

Das Original wird an die KV Hamburg zur Weiterleitung an die BIG übermittelt.

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der BIG versichert bin.

Ja, ich möchte die Leistungen des Vertrags über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung in Hamburg und der BIG nutzen und wünsche eine Behandlung auf der Grundlage des mir vorgestellten Versorgungsangebotes.

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über die Leistungsinhalte, die Teilnahmevoraussetzungen und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zur Weiterleitung an die BIG übermittelt.

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.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Eine Kündigung meiner Teilnahme ist mit einer Frist von 8 Wochen zum Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

Das Ende der Versicherung bei der BIG beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen, mit der Beendigung des Vertrages und mit dem Widerruf der Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung.

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.

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

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a 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, meine Pflichten nach § 35 SGB I und § 80 SGB X einzuhalten.

Bitte das heutige Datum eintragen

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

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. **Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Vertrag ist dann aber nicht mehr möglich.**

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 BIG zum Zwecke der Abrechnung zu übermitteln.

Die BIG 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 Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zur Weiterleitung an BIG übermitteln.

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die BIG 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 und Abrechnungsprüfung ein.

Bitte das heutige Datum eintragen

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

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

Patienteninformation zur Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung:

Hautkrebsvorsorge-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 BIG direkt gesund bis (einschließlich) zum 35. Lebensjahr, die eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs in Anspruch nehmen.

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 können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der BIG DIREKT GESUND ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ihre Teilnahmeerklärung wird von der BIG DIREKT GESUND geprüft. Wird die Teilnahme abgelehnt (z.B. ungeklärter Versichertenstatus, kein Leistungsanspruch gegenüber der BIG DIREKT GESUND) erhalten Sie eine Mitteilung durch die BIG DIREKT GESUND.

Sie können Ihre Teilnahme mit einer Frist von 8 Wochen zum Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres kündigen.

Ihre Teilnahme endet automatisch

- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BIG DIREKT GESUND,
- mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
- mit Ende des Selektivvertrages,
- mit dem Widerruf Ihrer Einwilligungserklärung in die Datenverwendung
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

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 aus dem Selektivvertrag entlassen werden. Hierzu wenden Sie sich bitte an die BIG DIREKT GESUND.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung

Die gesetzlichen Regelungen sehen 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 an die BIG DIREKT GESUND 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 BIG DIREKT GESUND 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 BIG DIREKT GESUND. 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, 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 BIG DIREKT GESUND

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 BIG DIREKT GESUND 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.

Verantwortlich für die Erhebung der Daten ist die BIG direkt gesund, Rheinische Str. 1, 44137 Dortmund. Bei datenschutzrechtlichen Fragen können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten der BIG direkt gesund wenden:

BIG direkt gesund
Datenschutzbeauftragter
Rheinische Str. 1
44137 Dortmund
E-Mail: datenschutz@big-direkt.de

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren Daten, auf Löschung und Berichtigung z. B. falscher Daten und auf Sperrung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit und ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde.

Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung sind der Behandlungsvertrag sowie Art. 5, Art. 6 Abs. 1 lit. b, Art. 6 Abs. 3 lit. b DSGVO i. V. m. §§ 73b, 284 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Art. 9 Abs. 2 lit. b, f und h i. V. m. Art. 6 Abs. 3 lit. b DSGVO sowie § 295 und § 295a SGB V, § 80 SGB X i. V. m. Art. 28 DSGVO.

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.

Ihre Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht und allenfalls in gesperrter Form für steuergesetzliche Zwecke entsprechend Art. 4 Nr. 3 DSGVO eingeschränkt verarbeitet (gesichert aufbewahrt) und spätestens nach 10 Jahren endgültig gelöscht, soweit sich aus dem Gesetz keine längere Pflicht zur Aufbewahrung ergibt. Die Verarbeitung Ihrer Leistungs- und Abrechnungsdaten bei der Krankenkasse erfolgt nur im gesetzlich begrenzten Umfang.