

**Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden
Hautkrebsvorsorge-Verfahrens im Rahmen der ver-
tragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 3 SGB V
in Verbindung mit § 73c SGB V**

zwischen dem

BKK-Landesverband NORDWEST

- vertreten durch den Vorstand -
Hauptverwaltung Hamburg
Süderstraße 24
20097 Hamburg

- nachfolgend BKK-LV NORDWEST genannt -

und der

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

- vertreten durch den Vorstand -
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

- nachfolgend KVH genannt -

vom 4. September 2009
in der Fassung des 2. Nachtrages vom 1. April 2016

Präambel

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.

Hautveränderungen werden von vielen Versicherten als banale Erkrankungen angesehen. Ihre Gefährlichkeit bezüglich der Entstehung von Hautkrebs wird unterschätzt.

Aus diesem Grunde verfolgen die vertragsschließenden Parteien mit dieser Vereinbarung das Ziel:

- Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen,
- Schulungen einzelner Versicherten zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie eine gezielte Sensibilisierung potentiell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich qualifizierte Ärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebserkrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen werden diese im Rahmen einer kurativen Behandlung versorgt.

Die Auflichtmikroskopie unterstützt den Arzt im Rahmen dieser Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bei der Unterscheidung zwischen einer harmlosen und einer gefährlichen Hautveränderung. Für diese Fälle vereinbaren die Vertragspartner die kostenlose Inanspruchnahme der Auflichtmikroskopie für Versicherte des BKK-LV NORDWEST. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Auflichtmikroskopie in rund 40 % der Fälle medizinisch erforderlich ist.

§ 1

Geltungsbereich des Vertrages

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KVH.

§ 2

Anspruchsberechtigter Personenkreis

- (1) Dieser Vertrag gilt für alle Versicherten derjenigen Betriebskrankenkassen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres, die ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben - **Anlage 1** -. Der BKK-LV NORDWEST aktualisiert die - **Anlage 1** -, wenn sich Änderungen nach Inkrafttreten des Vertrages ergeben und stellt die - **Anlage 1** - der KVH unverzüglich zur Verfügung.
- (2) Alle teilnehmenden Betriebskrankenkassen (- **Anlage 1** -), soweit sie den Vertrag nicht fristgerecht gemäß § 9 Abs. 2 des Vertrages gekündigt haben, nehmen nach der Auflösung der BKK-VAG NORD zum 31. März 2013 weiterhin an diesem Vertrag teil.

- (3) Der Vertrag gilt ferner für Versicherte anderer Krankenkassen, die ihren Beitritt erklären, unabhängig von einer Mitgliedschaft in der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft. Die KVH verpflichtet sich, außerhalb dieses Vertrages mit keiner Betriebskrankenkasse einen inhaltlich vergleichbaren Vertrag zu schließen.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag ist freiwillig. Der Versicherte erklärt schriftlich seine Teilnahme mit der Teilnahmeerklärung und Patienteninformation gemäß - **Anlage 3** -, die ihm nach ausführlicher Beratung durch den Arzt vorgelegt wird. Der Vertragsarzt leitet die Teilnahmeerklärungen der Versicherten nach der Einschreibung quartalsweise an die KVH zur Übermittlung an die jeweilige Betriebskrankenkasse weiter. Im Falle eines Widerrufs der Teilnahmeerklärung durch den Versicherten trägt die Betriebskrankenkasse für bereits durchgeführte ärztliche Leistungen die entstandenen Kosten.
- (5) Die Teilnahme endet
 - a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses mit der teilnehmenden Betriebskrankenkasse bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches nach § 19 SGB V,
 - b) bei Ausschluss des Versicherten von der Vertragsteilnahme, welcher durch die teilnehmende Betriebskrankenkasse insbesondere bei fehlender Mitwirkung oder sonstigem fortgesetztem dem Vertragszweck zuwider laufendem Verhalten des Versicherten erklärt werden kann,
 - c) mit Beendigung des Vertrages.

§ 3

Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

- (1) Zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs sind folgende an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende niedergelassene Ärzte berechtigt:
 - a) Ärzte der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V
 - b) Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
- (2) Zusätzlich muss der Arzt an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung teilgenommen haben.
- (3) Die KVH informiert alle betreffenden Vertragsärzte über diesen Vertrag. Die Teilnahme des Vertragsarztes ist freiwillig. Der Arzt erklärt seine Teilnahme an dem Vertrag durch Übersendung der unterzeichneten Teilnahmeerklärung - **Anlage 4** - an die KVH. Die Teilnahmeerklärungen aus Hautkrebs-Vorsorgeverträgen mit anderen Krankenkassen können von der KVH zur Verwaltungsvereinfachung auf einer Teilnahmeerklärung zusammengeführt werden und von der KVH ohne weitere jeweilige Vertragsanpassungen aktualisiert werden.

- (4) Zur Erbringung und Abrechnung der vereinbarten Leistungen sind ausschließlich Ärzte berechtigt, die die Teilnahmeerklärung - **Anlage 4** - unterzeichnet und an die KVH übersandt haben.
- (5) Der Arzt erklärt mit seiner unterzeichneten Teilnahmeerklärung sein Einverständnis zur namentlichen Veröffentlichung im Verzeichnis der KVH. Die aktuelle Fassung des Verzeichnisses befindet sich öffentlich zugänglich in elektronischer Form im Internet auf der Homepage der KVH. Die aktuelle Fassung des Verzeichnisses wird zudem quartalsweise dem BKK-LV NORDWEST zur Verfügung gestellt.

§ 4

Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis hat jedes zweite Jahr Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (§ 3); diese umfasst
 - a) die Anamnese
 - b) eine körperliche Untersuchung einschließlich Auflichtmikroskopie (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute - Gesamthautuntersuchung)
 - c) die erstmalige Hauttypbestimmung
 - d) die vollständige Dokumentation
- (2) Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung der Patienten über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen, dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil anzusprechen sowie auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinzuweisen.
- (3) Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der behandelnde Arzt dafür zu sorgen, dass in diesen Fällen für den Patienten unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung eine weitergehende, gezielte Diagnostik und gegebenenfalls Therapie veranlasst wird.
- (4) Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.
- (5) Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten - mit Einverständnis des Patienten/der Patientin - dem/den weiterbehandelnden Arzt/Ärzten zur Verfügung stellen.

§ 5

Vergütung

- (1) Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen vergüten dem Vertragsarzt für die Durchführung der Leistungen nach § 4 dieses Vertrages einen pauschalen Betrag in

Höhe von 26,00 EUR (Abrechnungsnummer 94501). Damit ist eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ausgeschlossen.

- (2) Bei ausschließlicher Durchführung der Leistung nach dieser Vereinbarung sind die Nummern 10210, 10211 EBM nicht abrechnungsfähig.
- (3) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V.
- (4) Zur Vertragspflege und Weiterentwicklung des Vertrages wird der Vertrag um eine nutzerfinanzierte Komponente zum 1. Januar 2011 erweitert. Diese wird bei der Inanspruchnahme von Leistungen von Versicherten eine Betriebskrankenkasse nach diesem Vertrag fällig und ist unabhängig von der Mitgliedschaft einer Betriebskrankenkasse in der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft an den BKK-LV NORDWEST, Hauptverwaltung Hamburg, zu entrichten. Dieses gilt auch für Kostenübernahmeerklärungen einer Betriebskrankenkasse im Rahmen dieses Vertrages gegenüber der KVH.
- (5) Die Pauschalen für die Vertragspflege und Weiterentwicklung des Vertrages betragen:

Vertragsmanagement je IV-Fall für Mitgliedskassen der BKK-
Vertragsarbeitsgemeinschaft und Betriebskrankenkassen mit
Bestandsschutz:

1,40 €

- (6) Der monetäre Einzug erfolgt über die KVH anhand der Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen - **Anlage 1** - und der Übersicht gemäß - **Anlage 2** -, aus der die Leistungsfälle je Betriebskrankenkasse ersichtlich sind, und ist in der Rechnungsstellung als „Vertragsmanagement je Leistungsfall“ auszuweisen. Der durch die KVH durchzuführende Einzug beschränkt sich auf eine Rechnungslegung gegenüber der jeweiligen Betriebskrankenkasse. Sofern seitens der betreffenden Betriebskrankenkasse keine Zahlung erfolgen sollte, erfolgt das weitere Einzugsverfahren (Mahnung, Klage etc.) durch den BKK-LV NORDWEST.
- (7) Der BKK-LV NORDWEST erhält von der KVH quartalsweise eine Übersicht gemäß - **Anlage 2** -, aus der die in Rechnung gestellten sowie die nicht entrichteten Managementpauschalen ersichtlich sind und überweist die von den Betriebskrankenkassen entrichtete Gesamtsumme an die vom BKK-LV NORDWEST benannte Stelle.
- (8) Der BKK-LV NORDWEST wird die betroffenen Betriebskrankenkassen unverzüglich über diesen geänderten Zahlungsmodus informieren.

§ 6

Abrechnungsverfahren

- (1) Die erbrachten Leistungen gem. § 4 dieses Vertrages sind von den Vertragsärzten über die KVH abzurechnen. Die KVH ist berechtigt, die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen.

- (2) Die Leistungen werden in den Abrechnungsunterlagen im Formblatt 3 nach Maßgabe gesamtvertraglicher Regelungen ausgewiesen.
- (3) Die teilnehmenden Betriebskrankenkassen können quartalsweise die abgerechneten Leistungen mittels des Formblatts 3-Viewers einsehen.
- (4) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KVH, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen dem BKK-LV NORDWEST und der KVH.

§ 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.
- (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 Datenverarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten durch den Arzt aufgeklärt gemäß der Patienteninformation in - **Anlage 3** - .
- (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.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am Nächsten kommen.

§ 9

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am 1. Oktober 2009 in Kraft.
- (2) Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende.

Liste teilnehmende Betriebskrankenkassen am Vertrag "Hautkrebsvorsorge-Verfahren" gemäß § 73 Absatz 3 SGB V in Verbindung mit § 73c SGB V mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg



	IK	Betriebskrankenkasse	Straße	PLZ	Ort
1	104127692	actimonda BKK	Hüttenstr. 1	52068	Aachen
2	103121013	atlas BKK ahlmann	Am Kaffee-Quartier 3	28217	Bremen
3	103725342	Bertelsmann BKK	Postfach 170	33311	Gütersloh
4	103525909	BKK Achenbach Buschhütten	Siegener Str. 152	57223	Kreuztal
5	108833355	BKK Akzo Nobel - Bayern -	Glanzstoffstr.	63785	Obernburg
6	105530422	BKK B. Braun Melsungen AG	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
7	101532301	BKK Beiersdorf AG	Unnastr. 20	20253	Hamburg
8	105330157	BKK Braun-Gillette	Westerbachstr. 23a	61476	Kronberg
9	104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45/47	40212	Düsseldorf
10	105732324	BKK Ernst & Young	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
11	104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
12	102122557	BKK exklusiv	Postfach 11 04	31251	Lehrte
13	103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler-Str. 11	28237	Bremen
14	107036370	BKK Freudenberg	Höhnerweg 2-4	69469	Weinheim
15	103724272	BKK Gildemeister Seidensticker	Winterstr. 49	33649	Bielefeld
16	103725547	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
17	105530331	BKK Herkules	Fünfensterstr. 5	34117	Kassel
18	105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
19	108036145	BKK MAHLE	Pragstr. 26-46	70376	Stuttgart
20	103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
21	106020600	BKK MEM	Freiligrathstr. 1	04610	Meuselwitz
22	103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh
23	106431572	BKK PFAFF	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
24	106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
25	105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
26	108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
27	107532042	BKK Rieker.Ricosta.Weisser	Stockacher Str. 4-6	78532	Tuttlingen
28	102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
29	107531187	BKK SBH	Löhrstr. 45	78647	Trossingen
30	108035576	BKK Scheufelen	Neue Str. 95	73230	Kirchheim/Teck
31	102031410	BKK Technoform	Weender Landstr. 94-108	37075	Göttingen
32	108632900	BKK Textilgruppe Hof	Fabrikzeile 21	95028	Hof
33	109723913	BKK VBU	Lindenstr. 67	10969	Berlin
34	103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
35	107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
36	106432038	BKK Vital	Giulinistr. 2	67065	Ludwigshafen
37	105530126	BKK Werra-Meissner	Sudetenlandstr. 2a	37269	Eschwege
38	105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofsstr. 19	34212	Melsungen
39	108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
40	102122660	BKK24	Am Ziegeleiweg 3	31683	Obernkirchen
41	103523440	Continental BKK	Röntgenstr. 24-26	22335	Hamburg
42	106329225	Debeka BKK	Ferdinand-Sauerbruch-Str. 18	56073	Koblenz
43	104525057	E.ON Betriebskrankenkasse	Brüsseler Platz 1	45131	Essen
44	102129930	energie-BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
45	103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Str. 23	33602	Bielefeld
46	108035612	mhplus BKK	Franckstr. 8	71636	Ludwigsburg
47	106492393	pronova BKK	Brunckstr. 47	67063	Ludwigshafen
48	105823040	R+V Betriebskrankenkasse	Postfach 420163	65102	Wiesbaden
49	105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
50	101320032	securvita Krankenkasse	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
51	108833505	SKD BKK	Gunnar-Wester-Str. 12	97421	Schweinfurt
52	106936311	Südzucker-BKK	Philosophenplatz 1	68165	Mannheim
53	105330191	Vereinigte BKK	Hanauer Landstr. 523	60386	Frankfurt am Main
54	104526376	Viactiv BKK	Williy-Brandt-Platz 3	46045	Oberhausen
55	108036441	WMF BKK	Eberhardstr.	73312	Geislingen

**Anlage 3 zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden
Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Hamburg und dem BKK-LV NORTHWEST**

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

Hautvorsorge-Verfahren

Das Original wird an die KV Hamburg zur Weiterleitung an die jeweilige Betriebskrankenkasse übersandt.

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der vorgenannten Betriebskrankenkasse versichert bin.

Ja, ich möchte die Leistungen des Vertrags zwischen 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. .

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Mir ist bekannt, dass ich an die Teilnahmeerklärung 24 Monate gebunden bin.

Das Ende der Versicherung bei der Betriebskrankenkasse beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus endet die Teilnahme 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, meine 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 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 „Hautvorsorge-Verfahren“ ausgesprochen wird.

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

Ist eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch die Betriebskrankenkasse 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.

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

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.

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 der ggf. medizinisch erforderlichen 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 teilnehmenden Betriebskrankenkassen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres, 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 erklären Ihre Teilnahme an dem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Ihr Arzt händigt Ihnen eine Kopie der Erklärung aus. Sie können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der Betriebskrankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Nutzen Sie dieses Widderrufsrecht nicht, sind Sie an diese Wahl mindestens 24 Monate gebunden.

Ihre Teilnahmeerklärung sendet Ihr Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zur Weiterleitung an Ihre Betriebskrankenkasse. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Versicherung bei der betreffenden Betriebskrankenkasse geprüft. Wird die Teilnahme abgelehnt (z.B. ungeklärter Versichertenstatus, kein Leistungsanspruch gegenüber Ihrer Betriebskrankenkasse) erhalten Sie eine Mitteilung durch die Ihre Krankenkasse.

Ihre Teilnahme endet automatisch

- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei Ihrer Betriebskrankenkasse,
- mit Ende dieses Selektivvertrages,
- mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

Sie können Ihre Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen vor Ablauf des ersten Teilnahmejahres schriftlich gegenüber Ihrer Krankenkasse kündigen. Weiteres regelt die Satzung Ihrer Krankenkasse.

Patienteninformation zur Datenverarbeitung

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

Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahmeerklärung wird durch Ihren Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zur Weiterleitung an Ihre Krankenkasse geschickt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Versicherung geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Ihre Patientendaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr.), Daten zu Ihrem gewählten Arzt und der Teilnahmebeginn. Wird die Teilnahme abgelehnt (z.B. ungeklärter Versichertenstatus, kein Leistungsanspruch gegenüber Ihrer Krankenkasse) erhalten Sie und Ihr Arzt eine Mitteilung durch Ihre Krankenkasse.

Abrechnung

Damit Ihr Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen.

Ihre Krankenkasse 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 verschlüsselt über die Kassenärztliche Vereinigung an Ihre Krankenkasse. 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.

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.

Anlage 4

Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Hamburg und dem BKK-Landesverband NORTHWEST

Hiermit erkläre ich, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

(1) Ich bin über die Ziele und den Inhalt der o. g. Vereinbarung informiert.

(2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen der o. g. Vereinbarung als teilnehmender Arzt erfülle.

(3) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.

(4) Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Vertrag im Falle von Vertragsverstößen von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit sofortiger Wirkung widerrufen werden kann,
- meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich widerrufen werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang des Widerrufs bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg.

Mit der regelmäßigen Weitergabe einer Liste der Teilnehmer des Vertrages an den BKK-Landesverband NORTHWEST und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bin ich einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift

Vertragsarztstempel

Die erforderlichen Nachweise sind beigelegt.

Wichtig:

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!