

# **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 -

i. d. F. des 1. Nachtrages  
vom 25. Mai 2018

# Inhaltsverzeichnis

Präambel .....	3
§ 1 - Geltungsbereich des Vertrages.....	3
§ 2 - Teilnahme der Versicherten .....	3
§ 3 - Zur Durchführung berechnigte Vertragsärzte .....	4
§ 4 - Umfang des Leistungsanspruchs .....	4
§ 5 - Vergütung .....	5
§ 6 - Abrechnungsverfahren.....	5
§ 7 - Datenschutz.....	6
§ 8 - Salvatorische Klausel.....	6
§ 9 - Inkrafttreten und Kündigung.....	7

## **Präambel**

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

Die vertragsschließenden Parteien verfolgen mit dieser Vereinbarung das Ziel

- Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherten zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell 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 sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

Die Auflichtmikroskopie unterstützt den Arzt im Rahmen der Hautvorsorgeuntersuchung bei der Unterscheidung zwischen einer harmlosen und einer gefährlichen Hautveränderung.

## **§ 1 - Geltungsbereich des Vertrages**

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Hamburg.

## **§ 2 - Anspruchsberechtigter Personenkreis**

- (1) Anspruchsberechtig sind die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der BIG versicherten Personen bis (einschließlich) zum 35. Lebensjahr.
- (2) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Der Versicherte erklärt schriftlich seine Teilnahme an dieser Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung sowie sein Einverständnis zur Datenverarbeitung (Anlage 1), die ihm nach ausführlicher Beratung durch den Arzt vorgelegt wird.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Versicherten haben das Recht, ihre Teilnahme innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung sowie des Einverständnisses zur Datenverarbeitung gegenüber der BIG zu widerrufen.
- (4) Die Teilnahme endet

1. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BIG bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches nach § 19 SGB V,
2. mit Beendigung des Vertrages,
3. mit dem Erreichen der unter Absatz 1 genannten Altersgrenze,
4. mit dem Widerruf der Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung,
5. mit der Kündigung durch den Versicherten.

### **§ 3 - Zur Durchführung berechnigte Vertragsärzte**

- (1) Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung gem. § 4 dieses Vertrages sind folgende im Bereich der KV Hamburg zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, in einer Praxis angestellte, in einem MVZ tätige Ärzte berechnigt:
  - a. Ärzte der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V
  - b. Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- (2) Zusätzlich muss der Arzt an einer zertifizierten Fortbildung entsprechend der Krebsfrüherkennungsrichtlinie in der jeweils aktuellen Fassung teilgenommen haben.
- (3) Die Teilnahme ist freiwillig. Der Arzt erklärt seine Teilnahme an dem Vertrag durch Übersendung der unterzeichneten Erklärung (Anlage 3) an die KV Hamburg. Teilnahmeerklärungen aus Hautkrebs-Vorsorgeverträgen mit anderen Krankenkassen können von der KV Hamburg zur Verwaltungsvereinfachung auf einer Teilnahmeerklärung zusammengeführt werden und von der KV Hamburg ohne weitere jeweilige Vertragsanpassungen aktualisiert werden.
- (4) Die Teilnahme kann mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Die Teilnahme endet ferner, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit Beendigung des Vertrages.
- (5) Die Teilnahme am Vertrag kann im Falle von Vertragsverstößen von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden.

### **§ 4 - Umfang des Leistungsanspruches**

- (1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2) hat jedes zweite Jahr einmal Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechnigten Vertragsarzt (§ 3). Eine erneute Untersuchung nach den vertraglichen Vorgaben ist jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

Diese umfasst:

- a. die Anamnese
  - b. eine körperliche Untersuchung einschließlich Auflichtmikroskopie (Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute, Gesamthautuntersuchung, Hauttypbestimmung)
  - c. die vollständige Dokumentation
- (2) Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen, dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen 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 teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt 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 zu stellen.

## **§ 5 - Vergütung**

Die BIG vergütet dem Vertragsarzt für die Durchführung der Leistungen nach § 4 dieses Vertrages einen pauschalen Betrag in Höhe von 26,00 EUR (Abrechnungsnummer **94505**). Damit ist eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ausgeschlossen. Die Abrechnungsnummer ist alle zwei Jahre berechnungsfähig.

## **§ 6 - Abrechnungsverfahren**

- (1) Die vertragsärztlichen Leistungen für Versicherte werden nach Maßgabe der jeweils geltenden ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg abgerechnet. Der Vergütungsanspruch des Arztes gegen die BIG besteht auch dann, wenn der Arzt erst nach vollständiger Leistungserbringung vom Widerruf der Teilnahme des Versicherten Kenntnis erlangt.
- (2) Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.

- (3) Hinsichtlich der Abrechnung durch die KV Hamburg gegenüber der BIG gelten die Bestimmungen des jeweiligen Gesamtvertrages. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungspauschalen mit der Quartalsabrechnung gegenüber der BIG ab.
- (4) Die Leistungen werden im Formblatt 3 entsprechend gesamtvertraglicher Regelungen ausgewiesen.
- (5) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt.
- (6) Für die aufgeführten Leistungen dieses Vertrages dürfen weder gegenüber den Versicherten noch gegenüber der BIG zusätzliche Kosten geltend gemacht werden.

### **§ 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 -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.

### **§ 8 - Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird dadurch die Gültigkeit des Vertrags 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. April 2016 in Kraft.
- (2) Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate zum Jahresende und ist frühestens zum 31. Dezember 2017 möglich. Die Kündigung hat schriftlich zu erfolgen. Im Falle einer Fusion der BIG mit einer anderen Krankenkasse kann der Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Hamburg/Berlin, den XX.XX.2016

---

KV Hamburg

---

BIG direkt gesund

Anlagenverzeichnis:

- Anlage 1: Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung des Versicherten
- Anlage 2: Patienteninformation zur Teilnahme
- Anlage 3: Teilnahmeerklärung Vertragsärzte

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

<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 § 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

<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. **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.

### Anlage 3

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

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 die BIG 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!