

## **1. Änderungsvereinbarung zum**

### **Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vom 20.07.2015**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf**  
- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

**BIG direkt gesund**  
- im Folgenden BIG genannt -

Die Partner dieser Änderungsvereinbarung haben sich darauf verständigt, den Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens vom 20.07.2015 zu ändern. Im Einzelnen haben sie dazu die nachstehenden Bestimmungen getroffen. Im Übrigen gelten die bisherigen Regelungen unverändert fort.

- I) § 2 Absatz 5 Satz 1 erhält folgende neue Fassung:  
„Die Versicherten können ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der BIG mit einer Frist von 8 Wochen zum Ablauf des auf die Teilnahmeerklärung folgenden Kalenderjahres kündigen.“
  
- II) In Anlage 1 werden auf Seite 1 (Teilnahmeerklärung des Versicherten, Abschnitt „Erklärung zur Teilnahme“) und auf Seite 3 (Patienteninformation, Abschnitt „Ihre Teilnahme“) jeweils die Wörter „8 Wochen zum Ende des Quartals“ ersetzt durch die Wörter „8 Wochen zum Ablauf des auf die Teilnahmeerklärung folgenden Kalenderjahres“.
  
- III) Diese Änderungsvereinbarung tritt am 01.06.2016 in Kraft.

### **Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen des Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf/Berlin, 18.04.2016

## **Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.  
Vorsitzender

---

Bernhard Brautmeier  
Stellvertretender Vorsitzender

## **BIG direkt gesund**

---

Peter Kaetsch  
Vorstand BIG direkt gesund

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

## Teilnahmeerklärung des Versicherten und Einverständnis zur Datenverarbeitung

zum Vertrag gemäß § 73c SGB V über die Durchführung einer ergänzenden Hautkrebsvorsorgeuntersuchung zwischen der KV Nordrhein und der BIG direkt gesund (BIG)

## Vom Versicherten direkt der BIG zu übersenden

**BIG FAX-Nr.: 0231/5557-199**  
**oder**  
**BIG direkt gesund**  
**Rheinische Straße 1**  
**44137 Dortmund**

### Erklärung zur Teilnahme

Durch die Teilnahme an diesem Vertrag habe ich das Recht, alle zwei Jahre über meine elektronische Gesundheitskarte eine prophylaktische Hautkrebsvorsorgeuntersuchung bei einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologie bzw. Arzt der hausärztlichen Versorgung in Anspruch zu nehmen.

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

Meine behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt hat mich über den Leistungsumfang dieses Vertrages ausführlich informiert. **Meine Teilnahmeerklärung übermittle ich an meine Krankenkasse.** Eine Patienteninformation zum Vertrag „Hautkrebsvorsorgeuntersuchung“ wurde mir ausgehändigt.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung. Mir ist bekannt, dass die Behandlung nur durch an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer erfolgt und dass ich mich verpflichte, andere ärztliche Leistungserbringer zur Durchführung der o. g. Untersuchung nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Ich kann meine Teilnahme schriftlich gegenüber der BIG mit einer Frist von 8 Wochen zum Ablauf des auf die Teilnahmeerklärung folgenden Kalenderjahres kündigen. Das Ende der Versicherung bei der BIG beendet zugleich die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus endet die Teilnahme bei Erreichen der nach § 2 Abs. 1 des Vertrages genannten Altersgrenze sowie mit der Beendigung des Vertrages.

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

### 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.

Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: BIG direkt gesund, Rheinische Straße 1, 44137 Dortmund. Im Fall meines Widerrufs der Teilnahmeerklärung trägt die BIG für bereits erbrachte ärztliche Leistungen nach diesem Vertrag die entstandenen Kosten. Für weitere Fragen zu diesem Vertrag oder der BIG direkt gesund im Allgemeinen stehen Ansprechpartner unter der kostenfreien Rufnummer 0800/5456 5456 zur Verfügung.

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 § 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

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

T T M M J J J J

Stempel der Ärztin/ des Arztes

Unterschrift

## Einverständniserklärung zu datenschutzrechtlichen Bestimmungen

Die Ziele, den 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 behandelnde Ärztin bzw. mein behandelnder Arzt der beruflichen Schweigepflicht unterliegt. Meine Ärztin bzw. mein 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 Nordrhein 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 „Hautkrebsvorsorgeverfahren“ ausgesprochen wird.

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

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

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**

## **„Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahren“ im Rahmen einer vertragsärztlichen Versorgung**

Hautkrebs zählt zu den Krebsarten, bei denen bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt nimmt an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung teil und informiert Sie ausführlich über den Leistungsumfang dieses Vertrages.

### **Die Leistungen**

Im Rahmen des Vertrages über die Durchführung der Hautkrebsvorsorgeuntersuchung haben die teilnahmeberechtigten Versicherten Anspruch auf folgende Leistungen:

- a. Anamnese,
- b. eine visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines und ggf. eine Auflichtmikroskopie,
- c. die erstmalige Hauttypbestimmung,
- d. Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- e. die vollständige Dokumentation,
- f. Beratung über weitergehende Maßnahmen.

### **Ihre Teilnahme**

Teilnehmen können alle Patientinnen und Patienten bis (einschließlich) zum Alter von 34 Jahren, die bei der BIG direkt gesund versichert sind.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Sie erklären Ihre Teilnahme an dem Vertrag durch Unterzeichnen der Teilnahmeerklärung. Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt überlässt Ihnen eine Kopie der Erklärung. Sie können die Teilnahmeerklärung zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder mündlich zur Niederschrift bei der BIG ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ihre Teilnahmeerklärung schicken Sie zur Prüfung an die BIG. Wird die Teilnahme abgelehnt (z. B. ungeklärter Versichertenstatus, kein Leistungsanspruch gegenüber der BIG) erhält Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt eine Mitteilung durch die BIG.

Sie können Ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der BIG mit einer Frist von 8 Wochen zum Ablauf des auf die Teilnahmeerklärung folgenden Kalenderjahres kündigen.

### **Ihre Teilnahme endet automatisch**

- mit Erreichen der nach § 2 Abs. 1 genannten Altersgrenze,
- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BIG,
- 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

- die Ärztin bzw. 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.

## **Patienteninformation zur Datenverarbeitung**

Eine neue gesetzliche Regelung (§ 295a 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 von Ihnen an die BIG geschickt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft und gespeichert.

Übermittelt werden Ihre Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versicherten-Nr.), Daten zu Ihrer gewählten Ärztin bzw. Ihrem gewählten Arzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Selektivvertrag teilnehmen. Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt wird eine eventuelle Ablehnung (ohne Angabe von Gründen) oder eine noch nicht abgeschlossene Prüfung mitgeteilt.

### **Abrechnung**

Damit Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt eine Vergütung für die Leistungen erhält, muss sie bzw. er eine Abrechnung elektronisch erstellen und an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein übermitteln.

Die BIG hat den/die teilnehmenden Arzt/Ärztin umfassend vertraglich zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

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

Folgende persönliche Patienten- und Teilnahmeangaben werden hierfür übermittelt:  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Postleitzahl, Wohnort, Geschlecht, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Teilnahmedaten, 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**

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 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.

### **Prüfung durch den MDK**

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