

Lesefassung

**Vertrag nach § 73 c SGB V**

**zwischen**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf**

- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

**und**

**der HEK - Hanseatische Krankenkasse, Hamburg**

**vertreten durch den Vorstand**

**-nachstehend HEK genannt -**

**über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens  
im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

## **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.

Mit diesem Vertrag verfolgen die HEK und die KV Nordrhein vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personengruppen (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren ergänzend zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bei Versicherten im Alter von 18 bis 34 Jahren durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete 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 Hautkrebsvorsorge-Untersuchung bei der Unterscheidung zwischen einer harmlosen und gefährlichen Hautveränderung.

## **§ 1**

### **Geltungsbereich des Vertrages**

Der Vertrag findet Anwendung für die nach § 3 berechtigten Vertragsärzte im Bereich der KV Nordrhein.

## **§ 2**

### **Anspruchsberechtigter Personenkreis**

- (1) Anspruchsberechtigt sind alle zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der HEK versicherten Personen -unabhängig von Ihrem Wohnort- ab dem Alter von 18 Jahren bis zu einem Alter von 34 Jahren.
- (2) Die HEK informiert ihre Versicherten hierüber in geeigneter Weise. Die Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag erfolgt freiwillig durch eine Teilnahmeerklärung sowie dem Einverständnis zur Datenverarbeitung (Anlage 1).
- (3) Die Teilnahme des Patienten an diesem Vertrag beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Patienten haben das Recht, ihre Teilnahme innerhalb von 14 Tagen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich gegenüber der HEK zu erklären.

- (4) Die Patienten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend informiert worden sind.
- (5) Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der HEK mit einer Frist von 4 Wochen zum Ende des Quartals kündigen. Die HEK wird den behandelnden Arzt des Patienten unverzüglich über die Kündigung/den Widerruf der Teilnahme und den Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens informieren. Bis zur Wirksamkeit der Kündigung bzw. des Widerrufs, längstens bis zu ihrer Bekanntgabe für den Fall, dass die HEK den Arzt nicht rechtzeitig informiert hat, hat der Arzt einen Vergütungsanspruch für Behandlungen nach diesem Vertrag.
- (6) Die Teilnahme der Versicherten an diesem Vertrag endet auch
  - a) mit Erreichen der unter Absatz 1 genannten Altersgrenze
  - b) mit dem Ende der Mitgliedschaft / des Versicherungsverhältnisses bei der HEK,
  - c) bei Beendigung des Vertrages.

### **§ 3**

#### **Zur Durchführung berechnigte Vertragsärzte**

- (1) Zur Durchführung der Untersuchung gemäß § 5 dieses Vertrages berechnigt sind zugelassene, bzw. in einem MVZ oder bei einem Vertragsarzt angestellten Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw. Dermatologie sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw. Dermatologie Ärzte, die ihren Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein haben sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechnigt sind im Bereich der KV Nordrhein Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Die KV Nordrhein informiert alle betreffenden Vertragsärzte über diesen Vertrag. Die Teilnahme des Vertragsarztes ist freiwillig. Folgender Nachweis ist vor Teilnahme am Vertrag einzureichen:
  - Nachweis über die Teilnahme an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung übersendet der beantragende Vertragsarzt den ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeantrag (Anlage 2) und den unter Absatz 1 erwähnten Nachweis an die für den Praxissitz zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein. Sofern die Teilnahmevoraussetzungen bereits für gleichlautende Vereinbarungen mit anderen Kassen/Kassenarten nachgewiesen wurden, gilt der Nachweis nach Abs. 1 auch vorliegend als erbracht.
- (3) Mit der Teilnahmeerklärung erkennen die Ärzte die jeweiligen Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an.  
Bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Nordrhein dem Vertragsarzt eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.
- (4) Die KV Nordrhein erstellt und führt eine Datei über die teilnehmenden Vertragsärzte. Diese Datei stellt die KV Nordrhein der HEK quartalsweise -bei Änderungen (Eintritt und Austritt) monatlich- auf einem bei ihr eingerichteten SFTP-Server zur Verfügung. Eine Übersicht der teilnehmenden Vertragsärzte wird auf der Homepage der KV Nordrhein veröffentlicht. Die teilnehmenden Ärzte sind mit der Veröffentlichung ihres Namens, der Praxisadresse, der Fax-/ Telefonnummer ggfs. der Internetadresse einverstanden.

## **§ 4**

### **Beendigung der Teilnahme der Ärzte**

- (1) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet mit
- dem Ruhen oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
  - der Feststellung der KV Nordrhein, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
  - der Kündigung, die schriftlich und mit einer Frist von 8 Wochen zum Ende des Quartals gegenüber der KV Nordrhein zu erklären ist.

Die Teilnahme der Ärzte endet ferner, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit Beendigung des Vertrages.

- (2) Die Vertragspartner können bei erheblichen Vertragsverstößen eines Arztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann sowie bei Verstößen gegen gesetzliche, vertragsärztliche oder berufsrechtliche Verpflichtungen neben gesetzlichen, disziplinarischen oder berufsrechtlichen Maßnahmen folgende Maßnahmen ergreifen:
- schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten.
  - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Pauschalen.
  - Kündigung der Teilnahme und der Abrechnungsgenehmigung.
- (3) Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der HEK möglich.

## **§ 5**

### **Umfang des Leistungsanspruchs**

- (1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2 dieses Vertrages) hat alle zwei Jahre Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (§ 3 dieses Vertrages); diese umfasst
- a) Information der Versicherten zum Versorgungsangebot und zur Anspruchsberechtigung,
  - b) die Anamnese,
  - c) eine körperliche Untersuchung (visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines),
  - d) die erstmalige Hauttypbestimmung,
  - e) die vollständige Dokumentation,
  - f) die ggf. medizinisch erforderliche Auflichtmikroskopie.
- (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 dieses Vertrages.
- (5) Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten - mit Einverständnis des Versicherten - dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen.

## **§ 6 Abrechnung und Vergütung**

- (1) Abrechnungs- und vergütungsfähig sind die in § 5 aufgeführten ärztlichen Leistungen, wenn sie im Rahmen dieser Vereinbarung vollständig erbracht werden.
- (2) Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten übermittelt die Hautarztpraxis direkt per Fax an die HEK (040 65696-1185).
- (3) Die erbrachten Leistungen gem. § 5 können alle zwei Jahre von den Vertragsärzten mit den Symbol-Nrn. 01745H (Frauen) bzw. 01745I (Männer) sowie die ggf. medizinisch erforderliche Auflichtmikroskopie mit der Symbol-Nr. 92700 im Rahmen der Quartalsabrechnung über die KV Nordrhein abgerechnet werden. Die Buchstabenkennzeichnung erfolgt durch die KV Nordrhein automatisch im Rahmen der Abrechnung.
- (4) Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten einen Verwaltungskostenbeitrag auf die vereinbarten Vergütungspauschalen nach Abs. 5 entsprechend der Satzung der KV Nordrhein in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die im Rahmen dieser Vereinbarung abrechenbaren Leistungen werden über Pauschalvergütungen abgegolten. Die HEK entrichtet zur Abgeltung der erbrachten ärztlichen Leistungen nach § 5 jeweils eine Pauschale in Höhe von 26,00 € pro Fall. Wird die Hautkrebsvorsorge-Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie erbracht, so ist diese mit einem Zuschlag von 8,00 Euro pro Fall abrechenbar. Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ist ausgeschlossen.
- (6) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V.
- (7) Die KV Nordrhein stellt der HEK die Erstattung der nach Abs. 5 abgerechneten Vergütungen zusätzlich zur Gesamtvergütung in Rechnung. Das Honorarvolumen für die Vergütung der Leistungen dieses Vertrages wird detailliert nach Mitgliedern, Familienversicherten und Rentnern im Formblatt 3 im Kapitel 1.7.2 (01745H/I) bzw. 90.4 (92700) in der Kontenart 409 erfasst und separat in der Ebene 6 ausgewiesen.
- (8) Hinsichtlich der Abrechnung, der Zahlungstermine, der rechnerisch/sachlichen Berichtigung gelten die Bestimmungen des Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KV Nordrhein.

## **§ 7 Datenschutz und Schweigepflicht**

1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen nach der Europäischen-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), 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. Der Arzt hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Artikel 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Artikel 5 Abs.1, Abs.2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.

2) 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.

3) 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 Artikel 9 Abs.3 EU-DSGVO, § 35 SGB I und § 80 SGB X.

4) 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 (Patienteninformation zur Teilnahme und Datenschutz).

5) 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 ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Regelungslücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, 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.

**§ 9**  
**Inkrafttreten / Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt zum 01.07.2015 in der geänderten Fassung vom 25.05.2018 in Kraft und ersetzt den bisherigen Vertrag vom 06.11.2013.
- (2) Die Kündigungsfrist dieses Vertrages beträgt drei Monate zum Jahresende, die Kündigung ist frühestens zum 31.12.2016 möglich.
- (3) Im Falle einer Änderung der für diesen Vertrag maßgebenden rechtlichen Rahmenbedingungen werden sich die Vertragspartner kurzfristig über eine mögliche Fortführung bzw. Änderung dieses Vertrages verständigen.

Düsseldorf, Hamburg den 18.06.2018

## **Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König, M. san.  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

## **HEK – Hanseatische Krankenkasse**

---

Jens Luther  
Vorstand

### **Anlagenverzeichnis**

- Anlage 1 – Information für Versicherte – Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur  
Datenverarbeitung inkl. Patienteninformation zur Teilnahme an der besonderen  
ambulanten ärztlichen Versorgung und Informationen zum Datenschutz bei der  
Hanseatischen Krankenkasse
- Anlage 2 – Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

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

## Erklärung des Patienten zur Teilnahme und Einwilligung zur Datenverarbeitung

### Durchführung einer ergänzenden Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

Durch Arztpraxis direkt an die HEK zu übersenden: FAX 040 65696-1185

#### 1. Informationen zur Durchführung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung

##### Freiwilligkeit und zeitliche Bindung an die Teilnahmeerklärung

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig. Wenn Sie sich zu der Teilnahme entscheiden, sind Sie bis zur Beendigung des in der Versicherteninformation dargestellten Zeitraumes an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Sie können Ihre Teilnahme jedoch zum Ablauf dieses Zeitraums bei Ihrer Krankenkasse kündigen.

Für den Fall, dass Sie Ihre Einwilligungserklärung aus datenschutzrechtlichen Gründen widerrufen, endet die Teilnahme mit dem Folgetag. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z.B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxisschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich.

##### Bindung an die vertraglich gebundenen Ärzte/Ärztinnen

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

##### Folgen von Pflichtverstößen

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen, können Ihnen die für die Inanspruchnahme eines außervertraglichen Ärzte/Ärztinnen entstehenden Mehrkosten auferlegt werden.

Sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

#### 2. Teilnahmeerklärung

##### Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde, mir die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ meiner Krankenkasse zu diesem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich auch mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung einverstanden bin.
- ich insbesondere weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- ich meinen behandelnden Ärzte/Ärztinnen über einen Kassenwechsel informieren werde.

##### Widerrufsbelehrung

- Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

#### 3. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

##### Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.
- ich weiß, dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung nach Ablauf der gesetzlichen Fristen gelöscht werden.
- ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich diese datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung führt.

Ja, ich habe die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihr Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) zwischen den Abrechnungsstellen ausgetauscht werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Bei den Abrechnungsstellen handelt es sich ggfs. um die regionale Kassenärztliche Vereinigung, den Arzt, das Krankenhaus, sonstige Leistungserbringer sowie externe Abrechnungsdienstleister. Selbstverständlich sind auch externe Abrechnungsdienstleister (gemäß Bundesdatenschutzgesetz) zur Verschwiegenheit und zur Zweckbindung der Datenverwendung sowie zum Datenschutz und zu Datensicherheitsmaßnahmen verpflichtet.

Bitte das heutige Datum eintragen

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

Unterschrift des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreter

#### Bestätigung des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind.

Bitte das heutige Datum eintragen

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

Unterschrift

Vertragsarztstempel

## **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.

#### **Die Leistungen**

Im Rahmen dieses Vertrages über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-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 HEK im Alter von 18 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 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 HEK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Nutzen Sie dieses Widerrufsrecht nicht, sind Sie an diese Wahl mindestens 12 Monate gebunden.

Ihre Teilnahmeerklärung sendet Ihr Arzt an die HEK weiter. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Versicherung geprüft. Wird die Teilnahme abgelehnt (z. B. ungeklärter Versichertenstatus, kein Leistungsanspruch gegenüber der HEK) erhalten Sie eine Mitteilung durch die HEK.

#### **Abrechnung**

Damit Ihr Arzt eine Vergütung für seine Leistungen erhält, muss er eine Abrechnung erstellen. Die HEK 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 Nordrhein an die HEK. 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.

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

- mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der HEK,
- 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 der HEK kündigen. Weiteres regelt die Satzung der HEK.

## **Informationen zum Datenschutz bei der Hanseatischen Krankenkasse**

Alle von uns erhobenen Daten unterliegen einem besonderen Schutz, dem Sozialdatenschutz nach den Sozialgesetzbüchern (SGB) und insbesondere der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (DS-GVO). Wir erheben, verarbeiten und verwenden Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen dieser Bestimmungen.

Aufgrund der gesetzlichen Regelungen sind wir verpflichtet, Sie über Ihre Rechte als Betroffener zu informieren, soweit wir Daten bei Ihnen erheben, einem anderen Zweck zuführen bzw. einem befugten Dritten übermitteln.

### **Der Zweck/Die Zwecke der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

Ihre Teilnahmeerklärung wird durch Ihren Arzt an die HEK weitergeleitet. Wir prüfen und speichern die Daten der Teilnahmeerklärung hinsichtlich des Bestehens einer Versicherung und Leistungsabrechnung. Außerdem werden die Daten zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106d SGB V genutzt.

### **Die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

§ 73c SGB a.F., § 284 SGB V, § 295 SGB V, § 304 SGB V, § 84 SGB X.

### **Die Empfänger und Kategorien der Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf  
GFS Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH, Meißner Straße 197, 01445 Radebeul zum Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung, REISSWOLF International AG, Im Hegen 13, 22113 Oststeinbek und Rhenus Data Office GmbH, Gutenbergstraße 55, 22525 Hamburg zum Zweck der Aktenarchivierung und –vernichtung.

### **Die Speicherdauer Ihrer personenbezogenen Daten oder Kriterien zur Festlegung dieser**

Sobald Ihre personenbezogenen Daten für die vorgenannten Zwecke für unsere Aufgabenerfüllung nicht mehr erforderlich sind, werden sie von uns gelöscht. Hierbei berücksichtigen wir gesetzliche Aufbewahrungsfristen und die vom GKV-Spitzenverband aufgelisteten Aufbewahrungsfristen, die in der Regel zwischen sechs und zehn Jahren liegen. Des Weiteren kann es vorkommen, dass Ihre personenbezogenen Daten für den Zeitraum aufbewahrt werden müssen, in dem Ansprüche geltend gemacht werden können (mindestens die gesetzlichen Verjährungsfristen von vier Jahren nach Sozialrecht). Eine Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen.

### **Die möglichen Folgen einer Nichtbereitstellung der Daten, wenn Sie dazu verpflichtet sind**

Sollten Sie mit der Datenübermittlung nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme an dem Hautkrebsvorsorge-Verfahren nicht möglich.

### **Ihr Widerrufsrecht bestehender Einwilligungen**

Von Ihnen erteilte Einwilligungen zu der Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten für einen oder mehrere Zwecke nach Artikel 6 oder Artikel 9 EU-DSGVO können Sie jederzeit widerrufen. Da uns Ihr Datenschutz am Herzen liegt, stellen wir die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Erhalt Ihres Widerrufs umgehend ein.

### **Ihr Recht auf Information über Zweckänderung der Daten**

Sofern die HEK beabsichtigt, Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck weiterzuverarbeiten, haben Sie das Recht auf Information darüber. Die HEK informiert Sie vor der Weiterverarbeitung über den anderen Zweck und Sie erhalten alle maßgeblichen Informationen.

### **Ihr Auskunftsrecht**

Sie haben die Möglichkeit eine Bestätigung von der HEK zu erhalten, ob Sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden. Ist das der Fall, besteht ein Recht auf Auskunft über diese Daten und darüberhinausgehende Informationen zu deren Verarbeitung.

### **Ihr Recht auf Berichtigung**

Selbstverständlich berichtigen wir Ihre Daten, falls Sie feststellen, dass unrichtige Daten zu Ihrer Person gespeichert sind. Bitte informieren Sie uns, wir werden die Berichtigung umgehend durchführen. Wir teilen zudem allen Empfängern, denen Ihre personenbezogenen Daten rechtskonform offengelegt wurden, jede Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten mit. Wir unterrichten Sie selbstverständlich über die Empfänger, sofern Sie die Information wünschen.

### **Ihr Recht auf Löschung**

Die HEK löscht Ihre personenbezogenen Daten, wenn

- ihre Speicherung unzulässig ist,
- bei Widerruf der von Ihnen erteilten Einwilligung,
- bei Widerspruch gegen die Datenverarbeitung,
- bei rechtlicher Verpflichtung (z. B. für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen)
- oder die Kenntnis Ihrer Daten nicht mehr für die Erfüllung des Zwecks der Speicherung erforderlich ist.

Eine Löschung wird durchgeführt, soweit die Daten nicht zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen erforderlich sind.

### **Ihr Recht auf Mitteilungspflicht**

Die HEK teilt allen Empfängern, denen Ihre personenbezogenen Daten rechtskonform offengelegt wurden, jede Berichtigung oder Löschung der personenbezogenen Daten oder eine Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 16, Artikel 17 und Artikel 18 EU-DSGVO mit, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand für die HEK verbunden. Die HEK unterrichtet Sie selbstverständlich über die Empfänger, sofern Sie die Information wünschen.

### **Ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung**

Sie können von der HEK die Einschränkung der Verarbeitung verlangen,

- wenn Sie die Richtigkeit Ihrer Daten bestreiten,
- wenn die Verarbeitung durch die HEK unrechtmäßig ist,
- wenn sich der Zweck der Verarbeitung erledigt hat, die Daten aber zur Geltendmachung Ihrer Rechtsansprüche notwendig sind,
- oder wenn Sie einen Widerspruch nach Artikel 21 EU-DSGVO gegen die Verarbeitung eingereicht haben, erfolgt die Einschränkung bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens.

Soweit Ihre Daten nur noch eingeschränkt verarbeitet werden, dürfen die Daten nur

- mit Ihrer Einwilligung,
- zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen,
- zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person
- oder aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses

verarbeitet werden.

### **Ihr Recht auf Datenübertragbarkeit**

Wir stellen Ihnen, auf Nachfrage, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung, soweit nicht der Ausschlussgrund des Art. 20 Abs. 3 DS-GVO vorliegt. Sie haben die Möglichkeit diese Daten anschließend einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln. Sofern die technische Möglichkeit besteht, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten, auf Ihren Wunsch hin, direkt einem anderen Verantwortlichen.

### **Ihr Widerspruchsrecht**

Sie können jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten Widerspruch einlegen. Die HEK verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten nach Erhalt des Widerspruchs nicht mehr. Sollten jedoch zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung vorliegen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen, ist eine Verarbeitung weiterhin notwendig und Ihrem Widerspruch kann nicht stattgegeben werden.

### **Ihr Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde**

Sollten Sie einmal nicht mit der HEK zufrieden sein, haben Sie das Recht sich bei den zuständigen Aufsichtsbehörden über die HEK zu beschweren. Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn.

### **Automatisierte Einzelfallentscheidung**

Ausschließlich automatisierte Entscheidungen im Einzelfall gemäß Art. 22 DS-GVO finden bei uns nicht statt.

### **Die verantwortliche Stelle**

Hanseatische Krankenkasse  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
E-Mail: kontakt@hek.de

### **Der Datenschutzbeauftragte der HEK**

Hanseatische Krankenkasse  
Datenschutzbeauftragter  
Wandsbeker Zollstraße 86-90  
22041 Hamburg  
E-Mail: datenschutz@hek.de

Ihre Fragen beantwortet Ihnen das HEK-Team Direkt gern: 0800 0213213 (kostenfrei).

**Anlage 2****Teilnahmeantrag des Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten/Dermatologen  
zum Vertrag über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens im  
Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen  
der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein  
und der HEK - Hanseatische Krankenkasse****Für Ärzte der Bezirksstelle Düsseldorf:**

KV Nordrhein  
Bezirksstelle Düsseldorf  
–Abteilung Qualitätssicherung-  
40182 Düsseldorf  
Fax: 0211 5970 8574

**Für Ärzte der Bezirksstelle Köln:**

KV Nordrhein  
Bezirksstelle Köln  
–Abteilung Qualitätssicherung-  
50668 Köln  
Fax: 0221 7763 6550

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt:		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o.g. Vertrag.**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich Anlagen bekannt und ich werde diese einhalten.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und ggfs. Internetadresse an die HEK sowie mit der Weitergabe des Arztverzeichnisses an interessierte Versicherte einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)