

## **5. Nachtrag**

### **zum Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin**

VKZ: 271A60011

zwischen der

**KNAPPSCHAFT,**

Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum

und der

**Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination**

vertreten durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

und der

**BVKJ-Service GmbH**

Mielenforster Str. 4, 51069 Köln

I. Der Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin wird wie folgt geändert:

(1) § 4 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

Die anspruchsberechtigten Versicherten erklären schriftlich oder elektronisch ihre Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 bei dem teilnehmenden Arzt. Die Teilnahmeerklärungen in Papierform werden den teilnehmenden Arztpraxen durch die BVKJ-Service GmbH und die Kassenärztlichen Vereinigungen zum Download zur Verfügung gestellt.

(2) § 4 Abs. 4 wird wie folgt neu gefasst:

Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte gegenüber der KNAPPSCHAFT, ärztliche Leistungen im Rahmen des Vertrages nur von teilnehmenden Ärzten in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte kann die Teilnahme an dem Vertrag gemäß § 140a Abs. 4 Satz 2 SGB V innerhalb von zwei Wochen gegenüber der KNAPPSCHAFT ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der KNAPPSCHAFT erfolgen. Im Falle eines Widerrufs trägt die KNAPPSCHAFT für bereits durchgeführte ärztliche Leistungen die entstandenen Kosten.

(3) § 4 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

Jeder teilnehmende Arzt ist ab dem Zeitpunkt seiner Teilnahme an diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet, Teilnahmeerklärungen von Versicherten entgegenzunehmen. Die Teilnahmeerklärung verbleibt schriftlich oder elektronisch bei dem teilnehmenden Arzt und wird nur auf Anforderung der KNAPPSCHAFT schriftlich oder elektronisch an die KNAPPSCHAFT übermittelt. Die Abgabe der Teilnahmeerklärung bei dem teilnehmenden Arzt führt zur Einschreibung des Versicherten mit sofortiger Wirkung.

(4) § 4 Abs. 6 wird wie folgt neu gefasst:

Die Teilnahme des Versicherten endet:

- bei schriftlichem oder elektronischem Widerruf der Teilnahme eines Versicherten gegenüber der KNAPPSCHAFT,
- bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke,
- bei Kündigung der Teilnahme an dem Vertrag,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der KNAPPSCHAFT,
- mit dem Ende dieses Vertrages.

(5) § 5 Abs. 4 wird wie folgt neu gefasst:

Die Teilnahme der Ärzte erfolgt durch schriftliche oder elektronische Erklärung gemäß Anlage 3 gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Teilnahme an diesem Vertrag beginnt in dem Quartal, in dem die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt die Teilnahme schriftlich oder elektronisch bestätigt.

(6) § 5 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

Hausärzte, die die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen, beantragen ihre Teilnahme schriftlich oder elektronisch bei ihrer Kassenärztliche Vereinigung und weisen dabei das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen nach. Die Teilnahme an diesem Vertrag beginnt in dem Quartal, in dem die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt die Teilnahme schriftlich oder elektronisch bestätigt.

(7) § 11 Datenschutz wird wie folgt neu gefasst:

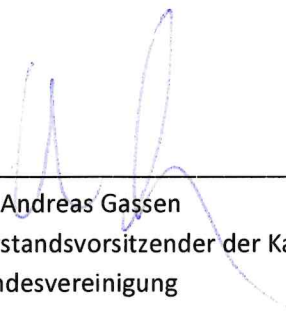
- (1) Die Vertragsbeteiligten verpflichten sich, in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten die zum Datenschutz geltenden Vorschriften, insbesondere der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und der besonderen sozialrechtlichen Vorschriften (SGB) für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Daten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.
- (2) Der Arzt erklärt die Zustimmung zur Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3. Die Zustimmung der Versicherten zur Datenverarbeitung ist vom teilnehmenden Arzt unter Verwendung der Teilnahmeerklärung der Versicherten nach Anlage 2 einzuholen. Zur Information erhält der Versicherte die Patienteninformation (Anlage 2) mit Hinweisen zum Datenschutz.
- (3) Die Vertragspartner versichern jeweils untereinander sowie gegenüber den Versorgungspartnern, die notwendigen technischen und organisatorischen Voraussetzungen für eine rechtskonforme Verarbeitung der anvertrauten Patientendaten zu erfüllen.

(8) Die Anlage 2 „Teilnahmeerklärung Versicherte“ wird neu gefasst und ausgetauscht.

(9) Die Anlage 3 „Muster-Teilnahmeerklärung Arzt“ wird neu hinzugefügt.

II. Der Nachtrag tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2025 in Kraft.

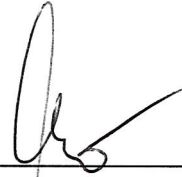
Berlin, den 11.12.2024



---

Dr. Andreas Gassen  
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung

Bochum, den 19. DEZ 2024



---

KNAPPSCHAFT  
Timo Mundt  
Leitender Regierungsdirektor

Köln, den 16.12.2024



---

Anke Emgenbroich  
BVKJ-Service GmbH

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

*Die Teilnahmeerklärung verbleibt elektronisch oder in Papierform in der Praxis und ist nur auf ausdrückliche Anforderung der Krankenkasse vorzulegen.*

**VKZ: 271A160011**

## **Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung der Versicherten für die zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11 für Kinder**

### **Erklärung des Sorgeberechtigten zur Teilnahme der/des Versicherten**

In Kenntnis der Teilnahmevoraussetzungen und der Leistungsinhalte erkläre ich hiermit als Sorgeberechtigte/r die Teilnahme meines Kindes an dem Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin (U10, U11). Die Patienteninformation habe ich erhalten und bin mit deren Inhalten einverstanden.

Der Arzt meines Kindes hat mich in einem persönlichen Gespräch ausführlich und umfassend über die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer Inanspruchnahme der von dem Vertrag umfassten Leistungen informiert.

Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Abgabe der Teilnahmeerklärung.

Ich verpflichte mich, während der Dauer der Teilnahme meines Kindes für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrages nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere Ärzte nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen.

Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Sofern ein wichtiger Grund vorliegt (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder gestörtes Arzt-Patientenverhältnis), kann ich die Teilnahme meines Kindes jederzeit außerordentlich kündigen.

**Meine Erklärung zur Teilnahme an dem Vertrag kann ich innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT widerrufen, ohne dass es einer Begründung bedarf. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung, frühestens mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die KNAPPSCHAFT.**

### Die Teilnahme an dem Vertrag endet

- bei einem Widerruf oder einer Kündigung der Teilnahme,
- mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der KNAPPSCHAFT,
- mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V mit dem Ende dieses Vertrages,
- mit dem Abschluss der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen.

### **Einverständniserklärung des Sorgeberechtigten zum Umgang mit den Daten der/des Versicherten**

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten meines Kindes zum Zwecke der Vertragsumsetzung, der Leistungsabrechnung und der Abrechnungsprüfung ein.

Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten meines Kindes (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogenen Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen und Versichertenstatus), Kontaktdaten, Teilnahmedaten (Art der Inanspruchnahme und Behandlungstag) sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten und damit verbundene Informationen sowie Vertragsdaten an die mit der Abrechnung beauftragte Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden.

**Die Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und die Aufklärung über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten. Ich erkläre hiermit die Einwilligung zur Verarbeitung von Daten. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das kann jedoch dazu führen, dass eine Teilnahme an diesem Vertrag nicht (mehr) möglich ist. Die Ausübung des Widerrufs berührt nicht die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Eine Durchschrift dieser Teilnahme- und Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

# Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11 für Kinder

## Information für Versicherte der KNAPPSCHAFT

Liebe Versicherte, lieber Versicherter,

wir freuen uns, dass Sie sich für das Angebot der KNAPPSCHAFT zur "Besondere Versorgung" gemäß § 140a SGB V interessieren. Hier erfahren Sie mehr darüber und wie Ihr Kind daran teilnehmen kann.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder untersucht die Ärztin bzw. der Arzt den Gesundheits- und Entwicklungsstand Ihres Kindes. Sie/er berät Sie auch darüber, was Sie tun können, damit Ihr Kind sich gesund entwickelt. Die U10 findet im Alter von sieben bis acht Jahren statt, die U11 können Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren in Anspruch nehmen. Über die genauen Inhalte der Untersuchungen informiert Sie Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt.

Ziel der Früherkennungsuntersuchungen ist es, Krankheiten oder Störungen frühzeitig zu erkennen, die eine normale körperliche, geistige und soziale Entwicklung des Kindes gefährden. Die Ärztin bzw. der Arzt spricht mit den Kindern zum Beispiel über soziale und psychische Aspekte wie etwa Schwierigkeiten in der Schule oder Fernseh-, Computer- und Ernährungsgewohnheiten. Auch Suchtmittel, Sport und Stress können ein Thema sein.

Bei allen Untersuchungen überprüft und bespricht die Ärztin bzw. der Arzt mögliche Verdachtsdiagnosen aus vorangegangenen Untersuchungen. Auch der Impfstatus wird überprüft. Ergibt sich der Verdacht auf eine Krankheit oder entdeckt die Ärztin bzw. der Arzt eine Erkrankung, veranlasst sie/er eine weiterführende Diagnostik oder Therapie.

Die zusätzlichen Kosten für diese Untersuchungen übernimmt die KNAPPSCHAFT für Sie.

## Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Ärztin bzw. der Arzt beauftragt auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Untersuchung. In der Teilnahmeerklärung erhalten Sie Informationen, welche Daten von der Arztpraxis hierfür an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung der Daten Ihres Kindes an den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

## Teilnahmebedingungen

Sie erklären die freiwillige Teilnahme Ihres Kindes einfach durch Ihre Unterschrift auf der beiliegenden Teilnahmeerklärung.

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der KNAPPSCHAFT widerrufen. Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die KNAPPSCHAFT absenden.

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit der Einschreibung Ihres Kindes. Ihr Kind ist bis zum Abschluss der ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen an die Arztpraxis gebunden.

Unabhängig davon können Sie für Ihr Kind / kann Ihr Kind die Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Anlass hierfür kann vorliegen, wenn z. B. das Zutrauen in die Behandlung nicht mehr vorhanden oder das Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist. Sofern Ihr Kind seine Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchte, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zuzusenden.

Bitte beachten Sie, dass Ihr Kind mit sofortiger Wirkung nicht mehr an diesem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls es sich für die Untersuchung nicht an die dargestellte Bindung hält. Die weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie Ihr Kind erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für die Teilnahme Ihres Kindes vorliegen. Für die Behandlung von Erkrankungen können Sie weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

**Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den Hinweisen zum Datenschutz nach der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).**

Ein glückliches und gesundes Aufwachsen Ihres Kindes wünscht Ihnen

Ihre KNAPPSCHAFT gemeinsam mit

Ihrem/-r behandelnden Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin



## Hinweise zum Datenschutz nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Im Zusammenhang mit dem Vertrag „Früherkennungsuntersuchungen U10 und U11“ nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung wird die Verarbeitung von patientenbezogenen Daten notwendig. Die Datenverarbeitung ist zum Zweck der Vertragsdurchführung erforderlich. Es werden Daten, sofern sie im Zusammenhang mit der Behandlung stehen, von den behandelnden Ärzten verarbeitet und an die Vertragspartner (Vertragsärzte, Kassenärztliche Vereinigung und die KNAPPSCHAFT) unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses weitergegeben.

Die personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versichertennummer, Abrechnungsziffer und Diagnose nach ICD-10 GM) dürfen zu Zwecken der Abrechnungsprüfung und Teilnehmerverwaltung zwischen den Vertragspartnern und der Kassenärztlichen Vereinigung weitergegeben werden. Medizinische Daten werden – sofern notwendig – nur zwischen den behandelnden Leistungserbringern/Ärzten ausgetauscht (z.B. Wechsel des behandelnden Arztes).

Im Bewusstsein unserer Verantwortung für den Datenschutz und in die Erfüllung unserer Pflichten aus der DSGVO möchten wir Ihnen folgende Informationen nach Art. 13 DSGVO bekanntmachen, damit Sie eine informierte Entscheidung über die Erteilung Ihrer Einwilligung zur Teilnahme am Vertrag *Früherkennungsuntersuchung U10 und U11* treffen können.

Verantwortlicher im Sinne dieser Bestimmung ist die KNAPPSCHAFT. Bei Fragen zum Datenschutz können Sie sich im Bedarfsfall an die KNAPPSCHAFT sowie deren Datenschutzbeauftragten wenden:

KNAPPSCHAFT  
Datenschutzbeauftragter  
Wasserstr. 217  
44799 Bochum  
datenschutz@kbs.de  
Tel. 0234 304-0

Die Daten, die für die Behandlung im Rahmen des Programms *Früherkennungsuntersuchung U10 und U11* erhoben und verarbeitet werden, dienen der Abrechnungsprüfung, Teilnehmerverwaltung und dem Vertragscontrolling. Grundlage dafür sind die Bestimmungen des § 140a Absatz 5, § 284 Abs. 1 Nr. 13 und §§ 295, 295a des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V).

Die Daten werden während der Dauer der Teilnahme am Vertrag gespeichert. Nach Beendigung der Teilnahme am Vertrag bleiben die Daten noch solange gespeichert, wie es für die Erfüllung des Vertrages erforderlich ist. Ihre Daten werden nach 4 Jahren (beginnend ab dem Ende des Jahres, in dem Sie die Leistung in Anspruch genommen haben) gelöscht (§ 304 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i.V.m. § 84 SGB X); spätestens nach 10 Jahren.

Sie haben ein Recht auf **Auskunft** seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 Abs. 1 und 2 DSGVO), auf **Berichtigung** (Art. 16 Satz 1 DSGVO), **Löschung** (Art. 17 DSGVO), auf **Einschränkung** der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), das Recht auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO i.V.m. § 84 SGB X) und ein Recht auf **Datenübertragbarkeit** (Art. 20 DSGVO).

Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Sie haben das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO):  
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn,  
poststelle@bfdi.bund.de.

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten durch Sie ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. D.h. Sie sind nicht dazu verpflichtet, die personenbezogenen Daten bereitzustellen. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V nicht (mehr) möglich ist.

**Teilnahme am Vertrag über die Durchführung zusätzlicher  
Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin  
als besonderer Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V**

**Antragsteller**

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

LANR \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

**Tätig als:**    **Vertragsarzt**     **angestellter Arzt**   
**Tätig in:**    **Einzelpraxis**     **Gemeinschaftspraxis**                     **MVZ**

**Bei Gemeinschaftspraxis bitte Partner angeben:** \_\_\_\_\_

**Fachliche Anforderungen**

- Ich bin Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin.
- Ich nehme gemäß § 73 Abs. 1a SGB V als Facharzt an der hausärztlichen Versorgung teil und
  - erbringe den Nachweis von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale (Nachweis ist der KV vorzulegen).
  - beantrage die Teilnahme aufgrund von lokalen Sicherstellungsproblemen (Voraussetzung ist die Zustimmung der Vertragspartner).

**Anerkennung des Vertrags**

Mir sind die Ziele und die Inhalte des o.a. Vertrages sowie die Verpflichtungen, die sich bei der Teilnahme ergeben, bekannt und ich erkenne diese an. Bei Nichteinhaltung der Vertragspflichten kann ich von der Teilnahme an dem Vertrag ausgeschlossen werden.  
In die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß Seite 2 dieser Teilnahmeerklärung willige ich ein.  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen teile ich unaufgefordert und umgehend mit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt

**Stempel**

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift anstellender Vertragsarzt/ärztlicher  
Leiter des MVZ

## **Allgemeines**

Die schriftlichen oder elektronischen Teilnahmeerklärungen der Versicherten verbleiben in der Praxis und sind nur auf ausdrückliche Anforderung der Krankenkasse vorzulegen.

Leistungen nach dem Vertrag nach § 140a SGB V dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung meiner für den Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

## **Hinweise zur Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist die KNAPPSCHAFT, Knappschaftstr. 1, 44799 Bochum.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten der Patienten wenden Sie sich an die KNAPPSCHAFT, Datenschutzbeauftragter, Wasserstr. 217, 44799 Bochum oder per E-Mail an [datenschutz@kbs.de](mailto:datenschutz@kbs.de).

## **Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der KNAPPSCHAFT ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur „U10“ und „U11“ als besonderer Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag gemäß § 295a Abs. 2 SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind gemäß § 295a Abs. 1 SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.
- Die Geschäftsstelle der AG Vertragskoordination und die KNAPPSCHAFT erhalten von den Kassenärztlichen Vereinigungen ein aus den Daten erstelltes Teilnehmerverzeichnis, bestehend aus LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

## **Information über Ihre Rechte**

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an jede für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zuständige Aufsichtsbehörde richten.