

Ergänzungsvereinbarung

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Georg Voigt-Str. 15,

60325 Frankfurt

(nachstehend als „KV-Hessen bezeichnet)

- im Benehmen mit dem Bundesverband der
Deutschen Dermatologen e. V., Landesverband Hessen -

und der

Techniker Krankenkasse

Bramfelder Straße 140

22305 Hamburg

(nachstehend als „TK“ bezeichnet)

**zum Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung eines
ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens vom 23. März 2010**

(nachstehend „Vertrag HKS U 35“ genannt)

In Abänderung des Vertrages nach § 73 c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens vom 23. März 2010 treffen die Vertragspartner die nachfolgenden Regelungen:

1. § 2 des Vertrages HKS U 35 wie lautet folgt:

„§ 2

Anspruchsberechtigter Personenkreis

1. Zu den anspruchsberechtigten Personen zählen die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der TK versicherten Personen mit einem Alter ab 18 Jahren bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres.
2. Die TK informiert ihre Versicherten hierüber in geeigneter Weise. Diese erklären mittels des als Anlage 1 beigefügten Formulars ihre Teilnahme an diesem Vertrag. Für den Widerruf der Teilnahmeerklärung gilt § 73c Abs. 2 S. 2 - 5 SGB V i. d. F. des „Patientenrechtegesetzes“. Diese Einschreibeerklärungen werden für die Dauer eines Jahres in der Praxis des behandelnden Arztes archiviert. Die Vordrucke werden den teilnehmenden Arztpraxen auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zum Download zur Verfügung gestellt. Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig.“
3. Dem HKS-Vertrag U 35 wird das der vorliegenden Ergänzungsvereinbarung als Anlage 1 beigefügte Einschreibeformular als Anlage 1 beigefügt.
4. § 5 Abs. 2 des Vertrages HKS U 35 wird ersatzlos gestrichen, die Nummerierung der nachfolgenden Absätze wird entsprechend angepasst.
5. In § 5 Abs. 4 (neu) des HKS-Vertrages U 35 wird der Betrag „€ 27,00“ durch „€ 28,00“ ersetzt.
6. § 5 Abs. 6 Satz 1 (neu) des Vertrages HKS U 35 wird der Verweis auf die „...Nrn. 3 bis 6.“ ersetzt durch „...Abs. 2 bis 5...“, Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.
7. In § 5 Abs. 7 (neu) des Vertrages HKS U 35 wird die Passage „...nach Abs. 3 und Abs. 6...“ ersetzt durch „...nach Abs. 2 bis 5...“.

8. Dieser Vertrag tritt ab 1. Januar 2014 in Kraft und wird ab diesem Zeitpunkt zum Bestandteil des HKS-Vertrages U 35.

Frankfurt am Main, den 5. Dezember 2013

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Str. 15,

60325 Frankfurt

Frank Dastych
Vorsitzender



Frankfurt am Main, den *11. Dezember 2013* Hamburg, den

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Hessen
Zeil 105
60313 Frankfurt am Main

Dr. Barbara Voß
Leiterin der Landesvertretung

Techniker Krankenkasse
Hauptverwaltung
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg

Immanuel Lütjohann
Leiter des Fachreferats VMA

Klaus Rupp
Leiter Fachbereich Versorgungsmanagement

Info

Angebot zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das Angebot „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ interessieren. Hier erfahren Sie mehr darüber und wie Sie daran teilnehmen können.

Mehr als der Standard

Die teilnehmenden Krankenkassen bieten Ihnen für Ihre Behandlung eine besondere Versorgung an. Ihr behandelnder Arzt hat mit den teilnehmende Krankenkassen dafür eine vertragliche Regelung im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung geschlossen.

Die ambulante Versorgung erfolgt durch ausgewählte Ärzte, die besondere Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie stellen die notwendigen Behandlungen schnell und auf hohem medizinischem Niveau sicher. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

Mehr Qualität

Um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen, binden Sie sich an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Diese Arztbindung bezieht sich auf die Leistungsinhalte, welche im Vertrag geregelt sind. Durch die Auswahl qualifizierter Ärzte und Therapeuten wird Ihre ärztliche Versorgung effektiver. Über die Inhalte bzw. vertraglichen Leistungen informiert Sie Ihr Arzt.

Hochwertige Behandlung

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung, die auf Ihre Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Alle Leistungsinhalte werden Ihnen verständlich und ausführlich erläutert.

Genau dokumentiert - bestens informiert

Bei der Behandlung erheben die Therapeuten einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Ärzte und Einrichtungen können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Alle Beteiligten können sich gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich be-

handelt. Die Krankenkasse hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Leistungserbringer beauftragen eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Umseitig erhalten Sie Informationen, welche Daten von den Leistungserbringern zu diesem Zwecke an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Falls Ihre Behandlung für diese Zwecke ausgewertet wird, erfolgt dies mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Deshalb können Sie sicher sein: Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

Ihre Meinung zählt!

Um fortwährend die Behandlungsqualität unserer besonderen Versorgungsangebote beurteilen zu können, führen wir regelmäßig Befragungen zur "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" durch.

So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Rückseite. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der umseitigen Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen absenden.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Krankenkasse oder Ihren Arzt.

Weitere Informationen über die besondere ambulante ärztliche Versorgung oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihrem Arzt und bei Ihrer Krankenkasse.

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

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebs-Verfahrens

Ja, ich möchte an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ teilnehmen

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird beim behandelnden Arzt aufbewahrt.

Ich wurde informiert

Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Ärzten und Therapeuten gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Leistungserbringer unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

Einwilligung in die Arztbindung

Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags nur die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Bei Verstößen können mir die hierdurch entstehenden Kosten auferlegt werden. Die Krankenkasse behält sich die Möglichkeit vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen.

Die Teilnahme beginnt mit der Einschreibung und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung widerrufen werden.

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

Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann aber nicht mehr möglich.

Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die Leistungserbringer die Daten Name, Vorname, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahme-daten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten an die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

Ort, Datum

Stempel des Leistungserbringers

Unterschrift Versicherte/-r / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärende/-r Ärztin/Arzt