

2. Ergänzungsvereinbarung
zum
Vertrag nach § 73 c SGB V
über die Durchführung eines
ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens vom 23.
März 2010 (nachstehend HKS U35 genannt)

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt
(nachstehend als "KVH" bezeichnet)

und der
Techniker Krankenkasse
Bramfelder Straße 140
22305 Hamburg
(nachstehend als "TK" bezeichnet bezeichnet)

Präambel

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass für eine Teilnahme an Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V zwischen den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sich auch die Vertragsärzte schriftlich zur Teilnahme/Durchführung am ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahren (HKS U35) erklären müssten. Ferner sei der Verbleib der Teilnahmeerklärung des Versicherten in der Arztpraxis nicht ausreichend.

In Abänderung des Vertrages nach § 73 c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens vom 23. März 2010 mit Wirkung zum 1. April 2010 sowie der Ergänzungsvereinbarung vom 5. Dezember 2013, mit Wirkung zum 1. Januar 2014 treffen die Vertragspartner die nachfolgenden Regelungen zur Anpassung des Vertrages:

1. §§ 2 und 3 des Vertrages HKS U 35 lauten wie 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. Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig.“ Die Versicherten erklären mittels des als Anlage 1 beigefügten Formulars ihre Teilnahme an diesem Vertrag. Die Vordrucke werden den teilnehmenden Arztpraxen auf der Homepage der KVH zum Download zur Verfügung gestellt.

§ 3

Zur Durchführung berechnigte Ärzte

1. Zur Durchführung der Untersuchung gem. § 4 dieses Vertrages sind im Bereich der KV Hessen zugelassene, in einer Praxis angestellte, in einem MVZ tätige Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen berechnigt.
2. Zusätzlich müssen sich die Ärzte durch eine anerkannte Fortbildung für das Hautkrebscreening zertifiziert haben.
3. Die KVH informiert im Auftrag der TK alle betreffenden Vertragsärzte über diesen Vertrag. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Die KVH stellt der TK regelmäßig eine Liste der teilnehmenden Ärzte zur Verfügung.
4. Der berechnigte Vertragsarzt erklärt seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVH. Die Teilnahme beginnt in dem Quartal, in dem die Teilnahme durch den Arzt erklärt wird. Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme an dem Vertrag gegenüber der KVH schriftlich zum Quartalsende kündigen.“

2. Die Ergänzungsvereinbarung tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2015 in Kraft und wird ab diesem Zeitpunkt Bestandteil des HKS-Vertrags U 35.

Frankfurt am Main, den 8. September 2015

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Str. 15
60325 Frankfurt



Frankfurt am Main, den

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung
Stiftstr. 30
60313 Frankfurt am Main

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Barbara Voß', is written over a horizontal line.

Dr. Barbara Voß
Leiterin der Landesvertretung Hessen

Hamburg, den

Techniker Krankenkasse
Hauptverwaltung
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg

A handwritten signature in black ink, which appears to be 'Klaus Rupp', is written over a horizontal line.

Klaus Rupp
Leiter des Fachbereichs Versorgungsmanagement

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
Betriebsstation-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.

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.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/-r / gesetzlicher Vertreter

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, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten an die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung.

Stempel des Leistungserbringers

Unterschrift aufklärende/-r Ärztin/Arzt