

**1. Nachtrag zum
Vertrag nach § 73 c SGB V
über die Durchführung eines
ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens**

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
Humboldtstr. 56
22083 Hamburg
(Nachstehend als "KV Hamburg" bezeichnet)

und der

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

1. § 2 Abs. 2 Sätze 2, 3 und 4 werden gestrichen und erhalten folgende Fassung:
Die Teilnahme der Versicherten an diesem Versorgungsangebot ist freiwillig. Die Versicherten erklären schriftlich ihre Teilnahme mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1 zu dieser Ergänzungsvereinbarung. Der Versicherte ist an seine Teilnahme ein Jahr lang gebunden. Er darf für die vereinbarte Leistung nur vertraglich gebundene Leistungserbringer in Anspruch nehmen bzw. andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.

2. In § 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:
Die zur Durchführung berechtigten Vertragsärzte übermitteln der KV Hamburg am Quartalsende die vom Patienten unterzeichneten Teilnahmeerklärungen. Die KV Hamburg leitet diese an die Annahmestelle gemäß Anlage 2 weiter.

3. § 5 Abs. 2 wird gestrichen. § 5 Abs. 3 wird Abs. 2. Entsprechend ändern sich die Absätze von Abs. 4 bis Abs. 8. Absatz 8 entfällt.

3. In § 5 Abs.4 Satz 2 wird die 23,00 durch eine 25,00 ersetzt.

4. Es werden die folgende Anlagen 1 und 2 angefügt.

5. Der Nachtrag tritt zum 01.01.2014 in Kraft.

Hamburg, den
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

Unterschrift

Hamburg, den
Techniker Krankenkasse
Landesvertretung

Hamburg, den
Techniker Krankenkasse
Hauptverwaltung

Unterschrift (Name in Druckbuchstaben)

Unterschrift (Name in Druckbuchstaben)

TK-Angebot zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

Liebe Patientin, lieber Patient,

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

Mehr als der Standard

Die Techniker Krankenkasse bietet Ihnen für Ihre Behandlung eine besondere Versorgung an. Ihr behandelnder Arzt hat mit der TK 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 medizinischen 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 für ein Jahr 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 TK 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 durch die TK

Wir wollen, dass Sie so gut wie möglich behandelt werden. Deshalb überprüft die TK 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, führt die TK regelmäßig Befragungen zur "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" durch.

So können Sie teilnehmen

Wenn Sie die vielen Vorteile der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nutzen möchten, unterschreiben Sie bitte die umseitige Teilnahmeerklärung.

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) oder durch Niederschrift bei der TK widerrufen. Die Frist für den Widerruf beginnt frühestens mit Abgabe der umseitigen Teilnahmeerklärung.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie noch Fragen haben, beraten wir Sie gern unter der Servicenummer 08 00 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands).

Weitere Informationen über die besondere ambulante ärztliche Versorgung oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihrem Arzt und unter www.tk.de.

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



Techniker Krankenkasse

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 an die Techniker Krankenkasse übermittelt.

Ich wurde informiert

Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die gesetzlich vorgeschriebene einjährige 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, für mindestens ein Jahr 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 TK 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. Nach Ablauf der Widerrufsfrist für diese Erklärung kann sie unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen frühestens zum Ablauf des ersten Jahres gekündigt werden. Danach ist eine Kündigung mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende möglich.

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Stempel des Leistungserbringers
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift TK-Versicherte/-r / gesetzlicher Vertreter	Unterschrift aufklärende/-r Ärztin/Arzt

Annahmestelle für die Teilnahmeerklärungen nach Anlage 1 ist die

Techniker Krankenkasse
Stichwort "73c"
22291 Hamburg