

An alle Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen, die über eine Genehmigung zur Abrechnung der EBM-Nr. 01745 verfügen.

**Der Vorstand
Ansprechpartner:**
Service-Center
Tel.: (030) 3 10 03 - 999
Fax: (030) 3 10 03 – 900
service-center@kvberlin.de

25.09.2015

Ab 01.10.2015 - Änderungen der Hautscreeningverträge mit der BIG direkt gesund und der Techniker Krankenkasse

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

zum **01.10.2015** wurden die Hautscreeningverträge mit der BIG direkt gesund (BIG) um eine 1. Änderungsvereinbarung und mit der Techniker Krankenkasse (TK) um eine 3. Änderungsvereinbarung ergänzt.

Neu:

Techniker Krankenkasse: Die Teilnahmeerklärung des Versicherten muss künftig an die TK versandt werden. Bitte verwenden Sie ab sofort die beiliegende neue Teilnahmeerklärung. Um Ihnen die Zeit und Umstände des Versands der einzelnen Teilnahmeerklärungen an die TK zu ersparen, bieten wir Ihnen die Möglichkeit die ausgefüllten und abgestempelten Teilnahmeerklärungen zu den nächsten Sitzungen der KV Berlin mitzubringen und diese in den dafür bereitgestellten Karton abzuwerfen. Die KV Berlin wird die Teilnahmeerklärungen dann gesammelt an die TK schicken. Die 3. Änderungsvereinbarung befindet sich derzeit noch im Unterschriftenverfahren.

BIG direkt gesund: Versicherte der BIG direkt gesund, die ein Hautkrebscreening entsprechend des Vertrages in Anspruch nehmen möchten, müssen ab 01.10.2015 ihre Teilnahme schriftlich erklären. Der Vertrag wurde um eine Versicherten-Teilnahmeerklärung ergänzt. Die Übermittlung der Teilnahmeerklärung an die BIG direkt gesund durch den Arzt ist jedoch nicht erforderlich.

Für den Mehraufwand des Arztes ist die Vergütung angehoben worden. Der anteilige Aufschlag zur SNR 99200 für die auflichtmikroskopische Untersuchung von **bisher 3,80 €** ist um 1,20 € **auf 5,00 €** erhöht worden. Zudem wird der Aufschlag jährlich entsprechend der Veränderung des honorarvertraglich vereinbarten Orientierungspunktwertes in Berlin angepasst. Daraus ergibt folgende Vergütung:

SNR 99200 = 26,98 € (gemäß EBM-Nr. 01745 derzeit 21,98 + 5,00 €)

**Ab
01.10.2015**

**TK:
Neue
Teilnahme-
erklärung
für
Versicherte
und Versand
an TK**

**BIG:
Versicherte
müssen
Teilnahme
schriftlich
erklären**

**Kein
Versand an
BIG**

**Vergütung
erhöht**

Eine aktuelle Übersicht der bestehenden Hautscreening-Verträge sowie die Änderungsvereinbarungen inklusive der Versichertenteilnahmeerklärungen finden Sie auf der Homepage der KV Berlin unter www.kvberlin.de, *Für die Praxis / Verträge und Recht / Verträge / Hautscreening.*

Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter des Service-Centers gerne telefonisch zur Verfügung.

 **31003-999**

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn
Vorstandsvorsitzende



Burkhard Bratzke
Mitglied im Vorstand

Besondere ambulante ärztliche 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 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 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 Ärzte einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Ärzte 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 behandelt. Die TK hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Ärzte 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 bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Um die Erfüllung des besonderen Versorgungsangebotes durch die Fachärzte zu prüfen, behält sich die TK die Möglichkeit der Einsicht in die Abrechnungsdaten vor. Falls Ihre Behandlung zum Zweck der Qualitätssicherung 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 der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen absenden. Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer 0800 - 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
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

per Telefax an: **040 - 28 80 85-598**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse
Stichwort „73c“
22291 Hamburg

Vertragsnummer:

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für

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

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung 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 Bindungsfrist an das Angebot sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten können mir die daraus entstehenden Mehrkosten auferlegt werden. Mit der Behandlung durch die beteiligten Ärzte 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 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 Ärzte meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte 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 Ärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. 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 und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden. Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

So kann ich teilnehmen

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die TK absende. Die Teilnahme an dem Vertrag kann ich jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende kündigen.

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 Ärzte die Daten Name, Vorname, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung:

Ort, Datum

Stempel der ärztlichen Einrichtung

Unterschrift TK-Versicherte/r / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt

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

Anlage 2



Teilnahmeerklärung Versicherte

Teilnahmeerklärung
der/des Versicherten über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorgeuntersuchung

Die BIG direkt gesund hat für ihre Versicherten einen Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs abgeschlossen. Diese Untersuchung können Versicherte der BIG direkt gesund bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres bei einem teilnehmenden Vertragsarzt in Anspruch nehmen. Ein Anspruch auf die prophylaktische Untersuchung besteht alle zwei Jahre.

Die Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs umfasst insbesondere:

- eine gezielte Anamnese,
- eine Ganzkörperinspektion der gesamten Haut,
- bei bestehender medizinischer Notwendigkeit die Untersuchung verdächtiger Hautveränderungen mittels Auflichtmikroskopie,
- Befundübermittlung mit diesbezüglicher Beratung sowie
- die Dokumentation.

Hiermit erkläre ich, dass ich bei der BIG direkt gesund versichert bin, über die Leistungen des Vertrages aufgeklärt wurde und an dem Vertrag über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebsvorsorgeuntersuchung teilnehme. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt, dass eine Behandlung nur durch an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer erfolgt und dass ich mich verpflichte, andere ärztliche Leistungserbringer zur Durchführung der oben genannten Vertragsinhalte nur auf Überweisung in Anspruch zu nehmen. Ich bin an diese Verpflichtung mindestens ein Jahr gebunden. Eine Kündigung meiner Teilnahme muss schriftlich erfolgen und kann frühestens vier Wochen vor Ablauf eines Jahres ausgesprochen werden. Ich scheidet dann zum Ende des Quartals nach Kündigungseingang aus der besonderen Versorgungsform aus. Eine erneute Teilnahme ist jederzeit möglich.

Mir ist zudem bekannt, dass ich diese Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der BIG direkt gesund, Rheinische Straße 1, 44137 Dortmund oder per E-Mail: info@big-direkt.de, widerrufen kann. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Ich habe eine Kopie dieser Informationen vor Erklärung meiner Teilnahme ausgehändigt bekommen. Für weitere Fragen zu diesem Vertrag stehen mir Ansprechpartner unter der kostenfreien Rufnummer 0800/ 5456 5456 zur Verfügung.

Die teilnehmenden Vertragsärzte sind verpflichtet, über alle Sozialdaten der Versicherten Stillschweigen zu bewahren. Ich willige ebenfalls in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zum Zwecke der Vertragsumsetzung, Leistungsabrechnung und Abrechnungsprüfung ein.

Ort, Datum

Stempel des Leistungserbringers

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt