

Kassenärztliche Vereinigung Berlin • Masurenallee 6A • 14057 Berlin

An alle Ärzt:innen mit der Abrechnungsgenehmigung zum Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V in der Onkologie mit der Techniker Krankenkasse

Rundschreiben

27.04.2021

Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V in der Onkologie mit der Techniker Krankenkasse (TK) Beitritt der BKK VBU zum 15.04.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Wirkung zum 15.04.2021 hat die BKK VBU Ihren Beitritt zum o.g. Vertrag erklärt.

Beitritt der BKK VBU
zum 15.04.2021

Somit gilt dieser Vertrag für die

- Versicherten der Techniker Krankenkasse sowie
- ab dem 15.04.2021 für die Versicherten der BKK VBU.

Eine erneute Teilnahmeerklärung der bereits teilnehmenden Ärzt:innen an dem Vertrag ist nicht erforderlich. Die bestehende Abrechnungsgenehmigung gilt ab dem 15.04.2021 auch für die Abrechnung der Leistung für Versicherte der BKK VBU.

Teilnahmeberechtigte
Ärzt:innen

Teilnahmeerklärung für die Versicherten:

Die Teilnahmeerklärung und das Einverständnis zur Datenverarbeitung für Versicherte (Anlage F1) wurde überarbeitet und ist nun für **alle** beteiligten Krankenkassen gültig. Die Vertragsinformation (Anlage F2) wurde um die BKK VBU ergänzt. Wir bitten Sie, zukünftig ausschließlich die neuen Dokumente zu verwenden und Ihren Versicherten auszuhändigen.

Neue Teilnahmeerklärung für Versicherte.
Diese gilt für alle Krankenkassen.

Der vollständige Vertragstext ist nach Beendigung des Unterschriftenverfahrens auf der Website der KV Berlin via www.kvberlin.de → Für Praxen → Alles für den Praxisalltag → Verträge und Recht → Verträge der KV Berlin → [Onkologie-Vertrag \(TK\)](#) veröffentlicht.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Tel. 31003-999

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Burkhard Ruppert
Vorstandsvorsitzender



Günter Scherer
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Dr. med. Bettina Gaber
Vorstandsmitglied

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

- für Versicherte aller beteiligten Krankenkassen -

Original - Archivierung in der Arztpraxis

QR-Code: Alternativ zur Unterschrift können sich Versicherte der Techniker Krankenkasse durch Scannen dieses Codes elektronisch einschreiben:



Personalisierte Krebstherapie in Berlin

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zum Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der umseitigen "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung" und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in der umseitigen "Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der umseitigen "Versicherteninformation" wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der umseitig beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht,** meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Leistungserbringer oder den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister über den aktuellen Stand meiner Teilnahme informiert.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung über folgende Einrichtung an meine Krankenkasse übermittelt: Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Meine Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung an die genannte Einrichtung zurück.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln: Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. in der "Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen" die genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. in der "Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen" die genannten Fax- und E-Mail-Angaben). Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

TE_140a_V6_01.2020_R

Datum, Unterschrift des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters (bis einschließlich Alter 14 des Versicherten oder bei dessen Betreuung)

Stempel der medizinischen Einrichtung

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Exemplar für die Patientin / den Patienten

Personalisierte Krebstherapie in Berlin

I. Teilnahmeerklärung

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme an der besonderen Versorgung.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zum Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der umseitigen "Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung" und der Information zum Versorgungsangebot einverstanden.**

Widerrufsmöglichkeiten: Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich in der umseitigen "Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen".

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der umseitigen "Versicherteninformation" wird erläutert, wann ein wichtiger Grund für eine vorzeitige Beendigung der Teilnahme vorliegen kann. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Ich bin mit der umseitig beschriebenen Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Meine datenschutzrechtliche Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die meine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. **Ich habe jederzeit das Recht**, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen.

Einwilligung in die Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Abrechnungszwecke

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse meinen Leistungserbringer oder den mit der Abrechnung beauftragten Dienstleister über den aktuellen Stand meiner Teilnahme informiert.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung über folgende Einrichtung an meine Krankenkasse übermittelt: Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Meine Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung an die genannte Einrichtung zurück.

Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungserbringer meine personenbezogenen und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung übermitteln: Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich (vgl. in der "Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen" die genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (vgl. in der "Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen" die genannten Fax- und E-Mail-Angaben). Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

TE_140a_V6_01.2020_R

<p>Datum, Unterschrift des Versicherten (ab Alter 15) oder des gesetzlichen Vertreters (bis einschließlich Alter 14 des Versicherten oder bei dessen Betreuung)</p>	<p>Stempel der medizinischen Einrichtung</p>
---	--

Versicherteninformation zur Besonderen Versorgung

I. Informationen zur Teilnahme

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung.
Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot finden Sie ausführliche Informationen.

So können Sie teilnehmen

Sie entscheiden, ob Sie teilnehmen möchten. Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

So können Sie Ihre Teilnahme widerrufen

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen widerrufen, schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse. Die Kontaktangaben finden Sie in der umseitigen "Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen".

Bindungsfrist und Gründe für eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende (vgl. Konkretisierung in der Information zu diesem Versorgungsangebot) an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn Sie z. B. kein Vertrauen mehr in die Behandlungsmethode haben oder Ihr Vertrauensverhältnis zu den Sie behandelnden Leistungserbringern gestört ist. Ein solcher Grund liegt ebenfalls vor, wenn Ihre Leistungserbringer für Sie aufgrund eines Wohnortwechsels nicht erreichbar sind, da die neue Entfernung für Sie unzumutbar wäre. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, senden Sie uns Ihre Erklärung bitte in Textform (Brief, Fax oder E-Mail).

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die im Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung - beschriebenen Leistungen beanspruchen.

II. Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

Allgemeine Informationen zum Datenschutz erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse. Sie finden beigefügt eine Liste mit allen Datenschutzbeauftragten inkl. Kontaktdaten der beteiligten Krankenkassen. Die gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) verantwortlichen Einrichtungen sind in der Anlage aufgelistet.

Soweit Sie zweifeln, dass Ihre Sozialdaten rechtmäßig erhoben und verarbeitet wurden, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Graurheindorfer Str. 153, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.de-mail.de.

Umgang mit Ihren Daten

Sie werden hiermit schriftlich darüber informiert, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahmedaten, Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, ggf. Operations- und Prozedurenschlüssel, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10).

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt. Sie sind nicht verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Ihre freiwillige datenschutzrechtliche Einwilligung ist jedoch eine Voraussetzung für die Datenverarbeitung, ohne die Ihre Teilnahme an diesem Versorgungsangebot nicht möglich ist. Sie haben jederzeit das Recht, bei allen Beteiligten die Daten über sich einzusehen und abzurufen. Diese können Sie berichtigen, einschränken, übertragen und löschen lassen. Ihre Teilnahmedaten werden bei Ihrer Krankenkasse regelmäßig 6 Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb prüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit pseudonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig eingehalten.

Datenverarbeitung Ihrer Informationen zur Einschreibung

Die Leistungserbringer übermitteln Informationen zur Einschreibung - Ihre personenbezogenen Daten, Informationen zur Teilnahme und ggf. Abrechnungsdaten - über eine in der Teilnahmeerklärung angegebene Einrichtung an Ihre Krankenkasse. Ihre Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten, Teilnahmestatus und ggf. Ablehnungsgründe) an die genannte Einrichtung zurück. Anschließend informiert die Einrichtung die Leistungserbringer.

Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. In der Teilnahmeerklärung steht, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass Ihre Daten an die Abrechnungsstelle übermittelt werden dürfen.

Datenübermittlung von Teilnahmedaten für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Zur Vermeidung von Problemen bei der Abrechnung informiert der Leistungserbringer oder der Abrechnungsdienstleister Ihre Krankenkasse über Ihre Einschreibung und Ihre Teilnahmedaten. Ihre Krankenkasse meldet das Ergebnis ihrer Prüfung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus) an den Abrechnungsdienstleister oder den Leistungserbringer.

Personalisierte Krebstherapie in Berlin

Unser besonderes Behandlungsangebot für Menschen mit Krebserkrankungen: Sie erhalten eine spezielle Gen-Diagnostik und eine auf Sie individuell zugeschnittene Therapie.

Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: verschiedene fortgeschrittene Krebs-Erkrankungen
- Therapien: spezielle Diagnostik genetischer Biomarker und daran angepasste (Arzneimittel-)Therapie
- Behandlungsregion: Berlin
- Zugangsmöglichkeit: bundesweit

Bitte beachten Sie, dass für die Übernahme der Fahrkosten die gesetzliche Regelung gilt.

Details zur Behandlung

Mit diesem Behandlungsangebot erhalten Sie eine Therapie nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Mithilfe spezieller Diagnoseverfahren werden Ihre ganz persönlichen genetischen Biomarker bestimmt. Mit diesem Wissen kann die Behandlung optimal auf Ihre individuelle Krankheits- und Lebenssituation angepasst werden. Gemeinsam mit Ihrem Arzt besprechen Sie die Test-Ergebnisse und die damit verbundenen Behandlungsoptionen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Sie werden von Spezialisten behandelt.
- Ihre Behandlung wird genau auf Sie und Ihre Erkrankung abgestimmt. Dabei werden Ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigt und Sie erhalten eine optimale Therapie.
- Ihre Ärzte betreuen Sie umfassend und haben etwaige Neben- oder Wechselwirkungen der bei Ihnen eingesetzten Arzneimittel immer im Blick.

So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch mit dem am Vertrag teilnehmenden Arzt unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück. Alternativ besteht die Möglichkeit, dass Sie sich in der Praxis über Ihr Smartphone oder ein Tablet durch Scannen eines QR-Codes auf der Teilnahmeerklärung elektronisch in den Vertrag einschreiben.

Bindungsfrist

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss Ihrer Behandlung.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

So nehmen Sie Kontakt auf

Sie möchten wissen, welche Ärzte in Ihrer Nähe an diesem Behandlungsangebot teilnehmen? Nehmen Sie Kontakt auf mit der Beratungsstelle Ihrer Krankenkasse auf (siehe Kontaktdaten in der Kontaktliste).

Oder Sie wenden sich direkt an die **koordinierende Stelle**:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin, Tel. 030 - 310 03-0, www.kvberlin.de

**Anlage zur Teilnahmeerklärung und
Einverständnis zur Datenverarbeitung
Personalisierte Krebstherapie in Berlin**

Kontaktliste der teilnehmenden Krankenkassen

Krankenkasse	Widerspruch		Datenschutzbeauftragte			Beratungsstelle
	Anschrift	E-Mailadresse und/oder Faxnummer	Anschrift/ Verantwortliche Stelle nach Art. 13 Abs. 1a der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO)	Webseite	E-Mailadresse und/oder Telefon- und/oder Faxnummer	
BKK VBU	BKK VBU Lindenstraße 67 10969 Berlin	vertraege@bkk-vbu.de	BKK VBU Lindenstraße 67 10969 Berlin	https://www.meine-krankenkasse.de/datenschutz/	datenschutzbeauftragter@bkk-vbu.de	Tel. 030 726 12 0
Techniker Krankenkasse	Techniker Krankenkasse Stichwort Besondere Versorgung 85820 München	service@tk.de Fax: 040-46 06 62 62 79	Techniker Krankenkasse Bramfelder Straße 140 22305 Hamburg	www.tk.de/techniker/unternehmensseiten/datenschutz-2019572	datenschutz@tk.de	Tel. 040 - 46 06 62 01 70 0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands) Mo. - Do. 8 - 18 Uhr Fr. 8 - 16 Uhr

Besondere Versorgung in der Onkologie

Unser besonderes Behandlungsangebot für Menschen mit Krebserkrankungen: Sie erhalten eine spezielle Diagnostik. Diese bildet die Grundlage für eine qualitätsgesicherte Versorgung in Ihrer besonderen Therapiesituation.

Das Wichtigste in Kürze

- verschiedene fortgeschrittene Krebserkrankungen
- spezielle Diagnostik genetischer Biomarker
- Behandlungsregion: Berlin
- Zugangsmöglichkeit: Bundesweit - es können Versicherte teilnehmender Krankenkassen mit Verdachts- oder gesicherter Diagnose teilnehmen.

Bitte beachten Sie, dass für die Übernahme der Fahrtkosten die gesetzliche Regelung gilt.

Details zur Behandlung

Wir haben uns das Ziel gesetzt, die Versorgung unserer Versicherten mit fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung nachhaltig zu verbessern. Bei diesen soll eine spezielle Diagnostik genetischer Biomarker durchgeführt werden. Dafür haben wir mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin ein besonderes Leistungspaket vereinbart.

Ziel ist es durch Kenntnis verschiedener genetischer Biomarker Ihnen eine optimal auf Ihre individuelle Krankheits- und Lebenssituation angepasste Behandlung zu ermöglichen. Sie werden ausführlich über das Ergebnis der Biomarkertestung und die damit verbundenen Behandlungsoptionen aufgeklärt. Sie erhalten eine qualitätsgesicherte fachärztliche Versorgung nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Sie profitieren gleich mehrfach von dem Versorgungsangebot

- Sie werden von Spezialisten behandelt.
- Ihre Behandlung wird genau auf Sie und Ihre Erkrankung abgestimmt. Dabei werden Ihre individuellen Bedürfnisse berücksichtigt und Sie erhalten eine optimale Therapie.
- Ihre Ärzte betreuen Sie umfassend und haben etwaige Neben- oder Wechselwirkungen der bei Ihnen eingesetzten Arzneimittel immer im Blick.

So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch mit der am Vertrag teilnehmenden Ärztin bzw. dem am Vertrag teilnehmenden Arzt unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück. Gegebenenfalls besteht die Alternative, dass Sie sich in der Praxis über Ihr Smartphone oder ein Tablet durch Scannen eines QR-Codes auf der Teilnahmeerklärung elektronisch in den Vertrag einschreiben.

Bindungsfrist

Während der Behandlung sind Sie an die am Vertrag teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie Therapieeinrichtungen gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss Ihrer Behandlung.

Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

Welche Ärztinnen und Ärzte machen mit?

Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sind zur Versorgung von Patientinnen und Patienten in Berlin zugelassen und erfüllen die besonderen Qualitätsanforderungen der sogenannten Onkologie-Vereinbarung. Das Service-Team Ihrer Krankenkasse hilft Ihnen gern bei der Suche einer/eines am Vertrag teilnehmenden Ärztin/Arztes.

Fragen zum Behandlungsangebot

Unsere Spezialistinnen und Spezialisten beraten Sie gern:

	Beratungsstelle
Krankenkasse	
BKK VBU	Tel. 030 726 12 0 Mo. - Do. 8 - 18 Uhr Fr. 8 - 14 Uhr
Techniker Krankenkasse	Tel. 040 - 46 06 62 01 70 0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands) Mo. - Do. 8 - 18 Uhr Fr. 8 - 16 Uhr