

**Vertrag nach
§ 140a SGB V
über die Durchführung eines
ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens**

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
(nachstehend als „KVSH“ bezeichnet)



und der

Techniker Krankenkasse
(nachstehend als „TK“ bezeichnet)



Dieser Vertrag ersetzt den Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KVSH und der TK vom 01.01.2010 einschl. der Änderungsvereinbarungen vom 01.07.2013, 01.07.2015, 25.05.2018 und 01.01.2021.

Präambel

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten; zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

Mit diesem Vertrag verfolgen die TK und die KVSH vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personenkreise (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebs Erkrankungen beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren ergänzend zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bei Versicherten bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs und Hautauffälligkeiten in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand teilnehmender Versicherter zur allgemeinen Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Hautärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebs Erkrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

§ 1 Vertragsbestandteile

(1) Vertragsbestandteil sind diese Vertragsurkunde und die hier aufgeführten Anlagen:

- **Anlage 1:** Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer
- **Anlage 2:** Teilnahmeerklärung der Versicherten
- **Anlage 3:** Vertragsinformation Hautkrebs Screening
- **Anlage 4:** Information zur Teilnahmeerklärung in elektronischer Form

- (2) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Vertrag Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet, selbstverständlich ist aber jegliche Form des Geschlechts gemeint.

§ 2 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KVSH.
- (2) Dieser Vertrag findet wohnortunabhängig Anwendung für alle Versicherten der TK, welche die Voraussetzungen nach § 4 dieses Vertrages erfüllen.

§ 3 Teilnahme der Vertragsärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt zur Durchführung der Untersuchung gem. § 5 dieses Vertrages sind alle in Schleswig-Holstein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Die teilnahmeberechtigten Ärzte müssen über ein Gerät zur Auflichtmikroskopie verfügen. Zusätzlich muss der Arzt eine Genehmigung der KVSH für das Hautkrebscreening nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien besitzen.
- (2) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Der zur Durchführung berechtigte Vertragsarzt erklärt seine Teilnahme unter Verwendung der von der KVSH zur Verfügung gestellten Teilnahmeerklärung (Anlage 1) und übermittelt diese an die KVSH. Die KVSH ist dazu berechtigt, redaktionelle Anpassungen innerhalb der Anlage 1 vorzunehmen, ohne dass es hierzu einer gesonderten Vereinbarung mit der TK bedarf. Über vorgenommene Änderungen ist die TK zu informieren.
- (3) Die Teilnahme setzt das Einverständnis des Arztes in die Veröffentlichung der in § 7 Abs. 4 genannten Angaben voraus.
- (4) Die Teilnahme des Vertragsarztes beginnt mit dem Datum der Abrechnungsgenehmigung. Der Arzt kann seine Teilnahme mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVSH kündigen.
- (5) Die Teilnahme des Vertragsarztes an diesem Vertrag endet außerdem

- a) mit Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 1, ohne dass es einer Kündigung bedarf,
 - b) mit dem Ende dieses Vertrages,
 - c) mit Beendigung der Zulassung bzw. der Anstellungsgenehmigung des Arztes.
- (6) Ruht die Zulassung des Vertragsarztes gemäß § 95 Abs. 5 SGB V, so ruht auch die Berechtigung zur Teilnahme an diesem Vertrag.
- (7) Bei Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss jeder Arzt in der BAG, der an diesem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung der KVSH übermitteln.
- (8) Die bereits im Rahmen der Vereinbarung vom 01.01.2010 zwischen der KVSH und TK, einschl. der Änderungsvereinbarungen vom 01.07.2013, 01.07.2015, 25.05.2018 und 01.01.2021 bestehenden Genehmigung bleiben im Rahmen dieses Vertrags erhalten. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte und eine Genehmigungserteilung durch die KVSH sind insoweit nicht erforderlich.

§ 4 Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme der Versicherten (0 bis 34 Jahre) an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung durch eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die Teilnahmeerklärung und das Einverständnis zur Datenverarbeitung (Anlage 2) regeln zusammen mit der Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung (Rückseite der Anlage 2) und der Vertragsinformation (Anlage 3) das Nähere zur Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Ärzte und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten; Für die Abgabe einer Teilnahmeerklärung in elektronischer Form gelten die besonderen Bestimmungen gemäß Anlage 4. Die TK ist dazu berechtigt, redaktionelle Anpassungen innerhalb der Anlagen 2, 3, und 4 vorzunehmen, ohne dass es hierzu einer gesonderten Vereinbarung mit der KVSH bedarf. Über vorgenommene Änderungen ist die KVSH zu informieren.

- (2) Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar und mittelbar durch diesen besonderen Versorgungsvertrag nicht begründet. Leistungen nach diesem Vertrag dürfen ausschließlich gegenüber den Versicherten, die ihre Teilnahme an dieser Versorgung gemäß Absatz 1 schriftlich oder elektronisch gem. Anlage 4 erklärt haben, erbracht werden.
- (3) Der Arzt ist zur Entgegennahme der Teilnahmeerklärung der Versicherten (Anlage 2) für die TK berechtigt und verpflichtet. Im Falle der elektronisch erfolgten Teilnahmeerklärung informiert der Versicherte den Arzt über die Teilnahmebestätigung.
- (4) Im Falle der schriftlichen Teilnahmeerklärung erklären die Versicherten ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung und des Einverständnisses zur Datenverarbeitung (Anlage 2). Die Teilnahmeerklärung ist vom aufklärenden bzw. einschreibenden Arzt abzustempeln. Der Versicherte erhält ein Exemplar der Teilnahmeerklärung inkl. der rückseitigen Versicherteninformation (Anlage 2) und eine Vertragsinformation (Anlage 3). Im Falle der elektronischen Teilnahmeerklärung erklären die Versicherten ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung gem. dem in Anlage 4 dargestellten Prozedere in einem elektronischen online verfügbaren Formular. Die Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung und die Vertragsinformation im Zustimmungsfomular sind darin verlinkt und damit online zugänglich.
- (5) Die TK stellt die notwendigen Teilnahmeunterlagen in elektronischer Form zum Ausdruck durch die einschreibenden Ärzte zur Verfügung. Die Teilnahmeerklärungen im Original werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vom einschreibenden Arzt in dessen Praxis aufbewahrt. Die Aufbewahrungsfrist der Teilnahmeerklärungen beträgt 4 Jahre, anschließend werden sie vernichtet. Die TK ist berechtigt, stichprobenartig eine Einsichtnahme in die beim Arzt aufbewahrten Teilnahmeerklärungen der Versicherten vorzunehmen.
- (6) Der Versicherte kann seine Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der TK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Vertragsparteien informieren sich unverzüglich über den Widerruf. Vor dem Widerruf erbrachte Leistungen werden vergütet.
- (7) Der Versicherte kann die mit seiner Teilnahmeerklärung gegebene Einwilligung zur Verarbeitung seiner Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen

- schriftlich, mündlich oder elektronisch. Aufgrund seiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung seiner Daten bis zu seinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf der Einwilligung zur Verarbeitung seiner Daten hat zur Folge, dass der Versicherte nicht mehr am Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung seiner Erkrankung kann der Versicherte weiterhin die Leistungen des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

(8) Unabhängig von einem Widerruf nach Abs. 7 Satz 1 kann der Versicherte seine Teilnahme entsprechend den Regelungen innerhalb der Teilnahmeerklärung beenden.

(9) Vorbehaltlich abweichender Regelungen innerhalb der Teilnahmeerklärung endet die Teilnahme der Versicherten

- a. bei einem Widerruf der Teilnahme eines Versicherten gegenüber der TK oder gegenüber dem Vertragspartner bzw. den teilnehmenden Arzt,
- b. bei Widerruf der Einwilligung in die Datenverarbeitung und Datenübermittlung für Abrechnungszwecke
- c. mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der TK,
- d. mit Vollendung des 35. Lebensjahres
- e. mit Ende dieses Vertrages,
- f. mit dem Wirksamwerden einer Kündigungs- oder Beendigungserklärung des Versicherten.

§ 5 Umfang des Leistungsanspruches

(1) Der anspruchsberechtigte Personenkreis (nach § 4 dieses Vertrages) hat einmal alle zwei Jahre Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (nach § 3 dieses Vertrages). Diese umfasst:

- a) die Anamnese,
- b) erstmalige Hauttypbestimmung
- c) eine körperliche Untersuchung (visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines), sofern medizinisch notwendig inkl. Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie,

- d) Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen; insbesondere mit Fokus auf das individuelle Risikoprofil des Versicherten. Dabei soll der Arzt auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinweisen.
 - e) die vollständige Dokumentation analog den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien.
- (2) Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.
- (3) Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dem Screening aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.
- (4) Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten – mit Einverständnis des Patienten – dem weiterbehandelnden Arzt zur Verfügung zu stellen.

§ 6 Qualitätsanforderungen

- (1) Die Qualität der medizinischen Leistungen entspricht dem jeweiligen aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und wird in der fachlichen Qualität erbracht. Die insoweit bestehenden Anforderungen des 9. Abschnitts im 4. Kapitel des SGB V zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung sowie der jeweils gültigen Richtlinien der KBV und des G-BA gelten als Mindestanforderungen.

§ 7 Abrechnung und Vergütung

- (1) Abrechnungs- und vergütungsfähig sind die in § 5 aufgeführten ärztlichen Leistungen, wenn sie im Rahmen dieses Vertrages vollständig erbracht werden. Die KVSH übermittelt diese der TK in elektronischer Form mittels der regulären DTA-basierten Abrechnung nach § 295 Abs. 2 SGB V.

- (2) Die erbrachten Leistungen nach § 5 sind von den Vertragsärzten über die KVSH mit der Abrechnungsnummer 99473C abzurechnen. Die Leistung kann einmal alle zwei Jahre abgerechnet werden.
- (3) Die TK entrichtet zur Abgeltung der erbrachten ärztlichen Leistungen an die KVSH eine Pauschale pro Fall (Abrechnungsziffer 99473C). Die Höhe richtet sich nach der GOP 01745 EBM in Punkten multipliziert mit dem jeweils gültigen Orientierungswert eines Jahres.
- (4) Eine Abrechnung der GOP 01745 EBM im gleichen Behandlungsfall ist ausgeschlossen.
- (5) Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ ist ausgeschlossen.
- (6) Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V.
- (7) Die Rechnungslegung durch die KVSH erfolgt auf Basis der im Gesamtvertrag und dessen Anlagen getroffenen Regelungen. Der Ausweis im Formblatt 3 erfolgt unter Konto 570.
- (8) Die KVSH ist berechtigt, von dem im Rahmen dieses Vertrages umgesetzten Honorar Verwaltungskosten in Höhe ihres jeweils geltenden Verwaltungskostensatzes einzubehalten.

§ 8 Aufgaben der KVSH

Die Aufgaben der KVSH umfassen folgende Leistungen:

- (1) Die Information der Dermatologen über den Inhalt dieses Vertrages und soweit möglich Motivation zur Teilnahme.
- (2) Die Entgegennahme und sachliche Prüfung der Teilnahmeerklärungen der Dermatologen sowie Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen dieses Vertrags bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und Abs. 3.
- (3) Abrechnung des Vertrags inklusive sachlich-rechnerischer Prüfung durch das Regelwerk der KVSH.

- (4) Die quartalsweise Aktualisierung und Bereitstellung einer Excel-Liste der teilnehmenden Dermatologen mit folgenden Inhalten: Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail. Die KVSH holt zudem bei Vertragsbeitritt der Ärzte deren Genehmigung ein, dass die Information über deren Vertragsteilnahme auf der Homepage der KVSH veröffentlicht werden darf. Die KVSH hat Sorge zu tragen, dass die veröffentlichten Angaben aktuell sind.

§ 9 Aufgaben der TK

- (1) Die TK informiert ihre Versicherten bei Anfrage über teilnehmende Ärzte.
- (2) Die TK informiert ihre Versicherten mittels der ihr zur Verfügung stehenden Medien über die Möglichkeit der Teilnahme an diesem Vertrag.
- (3) Die TK stellt die technischen Möglichkeiten für die elektronische Einschreibung der Versicherten sicher.

§ 10 Datenschutz

- (1) Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist von den Vertragspartnern und den teilnehmenden Ärzten zu gewährleisten. Gleiches gilt für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht durch die teilnehmenden Ärzte nach der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte.
- (2) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insbesondere DSGVO, Sozialgesetzbücher, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
- (3) Die Vertragspartner haben die notwendigen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Art. 24 i. V. m. 32 DSGVO herzustellen und einzuhalten. Die Verarbeitung personenbezogener Daten hat entsprechend der Grundsätze nach Art. 5 DSGVO und für besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 DSGVO zu erfolgen.
- (4) Die Vertragspartner verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse,

personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

- (5) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (6) Die Vertragspartner sind verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (7) Die Ärzte sowie von ihnen Beauftragte unterliegen hinsichtlich des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 11 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahekommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2024 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende von jedem Vertragspartner gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.2025.
- (3) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor,
 - wenn ein Vertragsverstoß vorliegt,
 - aufgrund aufsichtsrechtlicher Bedenken oder einer Anweisung der zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr möglich ist.
- (4) Sofern der Gemeinsame Bundesausschuss während der Laufzeit dieses Vertrages eine Entscheidung zur Änderung der entsprechenden Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (Hautkrebs-Screening) trifft, verständigen sich die Vertragspartner über entsprechende Vertragsanpassungen.

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Bad Segeberg, den *11.12.2023*



[Signature]
Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein
Hopfenstraße 2c
24114 Kiel

Techniker Krankenkasse
Landesvertretung Schleswig-Holstein
Hopfenstraße 2c
24114 Kiel

Kiel, den *15.12.23*

[Signature]

Sören Schmidt-Bodenstein
Leiter Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Kiel, den

[Signature]

Hermann Bärenfänger
Teamleiter Verträge

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: April 2023

Name, Vorname: _____ <small>(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)</small>	
Eintragsnummer der KVSH: _____ <small>(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)</small>	oder LANR: _____

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und den Verträgen zum Hautkrebs-Screening (Dermatologen)

Wichtiger Hinweis	Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.	
Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 	
Leistungen	<input type="checkbox"/> im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der AOK NordWest <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit dem BKK-LV NORDWEST <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der Bosch BKK <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der iKK Die Innovationskasse <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der BARMER <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der Techniker Krankenkasse <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der HEK - Hanseatischen Krankenkasse <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der Knappschaft <input type="checkbox"/> im Rahmen des Vertrages mit der BIG direkt gesund	
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____	

Fachliche Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	Anforderung gemäß § 32 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie bzw. § 3 der Verträge: Teilnahme an einem von der KV zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm -bitte beifügen-
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz	
Einverständnis zum Datenschutz	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	Ich erkläre, die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie zur Kenntnis genommen zu haben sowie die vollständige elektronische Dokumentation für Patienten ab dem 35. Lebensjahr sicherzustellen.	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt

Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung



Archivierung in der Arztpraxis

501048

Hautkrebscreening in Schleswig-Holstein



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

MUSTER

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. In der „Information zum Versorgungsangebot“ wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der „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 der Techniker Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb dieser 2 Wochen an die Techniker Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten der Techniker Krankenkasse finde ich in der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“.

Eine vorzeitige Beendigung nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. In der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“ 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 in der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“ 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 Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung über folgende Einrichtung an die Techniker Krankenkasse übermittelt: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1 - 6, 23795 Bad Segeberg. Die Techniker 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, Teilnahme-daten sowie Leistungsdaten und Abrechnungsdaten an folgende - je nach meiner Einschreibung bzw. Behandlung - mit der Abrechnung beauftragte/-n Einrichtung/-en übermitteln: Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1 - 6, 23795 Bad Segeberg.

Widerrufsmöglichkeiten: Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen - schriftlich, mündlich oder elektronisch. Die Kontaktdaten der Techniker Krankenkasse finde ich in der „Versicherteninformation zur besonderen Versorgung“. 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_06.2022_Q

<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 (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München), elektronisch (E-Mail an service@tk.de oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse.

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 bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf www.tk.de unter der Suchnummer 2019572. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: datenschutz@tk.de.

Gem. Art. 13 Abs. 1 a) der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich:
Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

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 der Techniker 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 die Techniker Krankenkasse. Die Techniker 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.

Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern unter Tel. 0800 - 285 85 85. Weitere Informationen über die besondere Versorgung oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihren Leistungserbringern und auf tk.de.



Hautkrebscreening in Schleswig-Holstein

TK-Versicherte können bereits vor dem 35. Lebensjahr an einer Früherkennungsuntersuchung für Hautkrebs teilnehmen.

Das Wichtigste in Kürze

- Erkrankungsbereich: Neubildungen der Haut
- Therapien: Hautkrebs-Früherkennung, Ganzkörperuntersuchung
- Behandlungsregion: Schleswig-Holstein
- Zugangsmöglichkeit: bundesweit

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

Details zur Behandlung

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat mit der TK einen speziellen Vertrag abgeschlossen. Danach können die am Vertrag teilnehmenden Hautärzt:innen die Hautkrebs-Früherkennungsuntersuchung durchführen.

Bei dieser Untersuchung wird Ihre Krankengeschichte erhoben und Ihre Haut gründlich von Kopf bis Fuß begutachtet.

Die Ärztin oder der Arzt bespricht das Ergebnis mit Ihnen. Auffällige Hautveränderungen werden, soweit noch nicht geschehen, durch eine Hautärztin oder einen Hautarzt weiter untersucht.

Ihre Vorteile auf einen Blick

- Für alle Versicherten unter 35 Jahren ist die Früherkennungs-Untersuchung alle 24 Monate möglich.
- Die Untersuchung zur Hautkrebsfrüherkennung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.
- Hautkrebs kann früh erkannt und in der Regel erfolgreich behandelt werden.

So nehmen Sie teil

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Nach dem Erstgespräch in der am Vertrag teilnehmenden Praxis unterschreiben Sie eine "Teilnahmeerklärung zur Besonderen Versorgung". Diese geben Sie dort zurück. Alternativ besteht gegebenenfalls 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 Praxen gebunden. Ihre Behandlung und die Bindungsfrist enden mit Abschluss der Untersuchung.

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

So nehmen Sie Kontakt auf

Sie möchten wissen, welche Praxen in Ihrer Nähe an diesem Behandlungsangebot teilnehmen?
Unser Vertragspartner veröffentlicht auf seiner Homepage die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte:

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
www.kvsh.de/praxis/vertraege/hautkrebsscreening

Fragen zum Behandlungsangebot

Unser Team vom TK-PatientenService berät Sie gern:

Tel. 040 - 46 06 62 01 70

Mo. - Do. 8 - 18 Uhr

Fr. 8 - 16 Uhr

Vertrag zur besonderen Versorgung

Mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Vertragsnummer 501048/ Vertragskennzeichen 121012TK004

Anlage 4

Information zur Teilnahmeerklärung in elektronischer Form

Die elektronische Teilnahmeerklärung ist eine gesetzlich vorgesehene Option für Versicherte.

Prozessablauf

1. Die von der TK bereitzustellende papierne Teilnahmeerklärung, mit der der einschreibenden Leistungserbringer parallel weiterhin auszustatten ist, enthält einen vertragsbezogenen QR-Code.
2. Der Vertragspartner stellt dem Versicherten den QR-Code so bereit, dass der Code mit seinem Smartphone gescannt werden kann. Der Versicherte gelangt dadurch zu einem von der TK online hinterlegten Einschreibungsformular. Alternativ kann der Versicherte die Einschreibungsseite direkt über ein Tablet der einschreibenden Praxis öffnen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Praxis ein Tablet bereitstellt und die vertragsbezogene Adresse der TK-Einschreibungsseite dort hinterlegt hat.
3. Nach Eingabe seiner Personalien und der Versicherungsnummer klickt der Versicherte auf "Weiter", wodurch im TK-System geprüft wird, ob eine Versicherung mit Leistungsanspruch nach § 140a SGB V besteht und ob die vertragspezifischen Voraussetzungen (ggf. Alter oder Geschlecht) erfüllt sind.
4. Falls die Voraussetzungen für eine Teilnahme nicht erfüllt sind, wird dem Versicherten von der TK angezeigt, dass der "Service aktuell nicht genutzt werden kann"; aus Datenschutzgründen werden in der Meldung keine Details, dafür aber die Tel.-Service-Nummer der TK angegeben. Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, öffnet sich automatisch eine Seite mit einem Zustimmungskästchen für die online-Teilnahme-Erklärung. Die allgemeine Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung und die Vertragsinformation sind im Zustimmungsfomular verlinkt und damit online zugänglich.
5. Nachdem der Versicherte den Zustimmungshaken gesetzt und mit "Fertig" bestätigt hat, erhält er online von der TK die Teilnahmebestätigung und kann sich das Zusammenfassungs-Dokument als PDF herunterladen. Der Versicherte informiert den Arzt über die Teilnahmebestätigung.
6. Im TK-System wird automatisch ein Fall angelegt.

Voraussetzungen

- Der jeweils einschreibende Leistungserbringer des Vertrags ist mit Teilnahmeerklärungen mit QR-Code ausgestattet. Falls die Praxis ein Tablet einsetzt, mit dem ein entsprechender Zugang zur online-Einschreibungsseite erfolgen soll, ist TK-seitig die Adresse der vertragsbezogenen Einschreibungsseite auf TK.de mitzuteilen.

Stand: Januar 2024

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlage(n) ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung der TK ist untersagt.

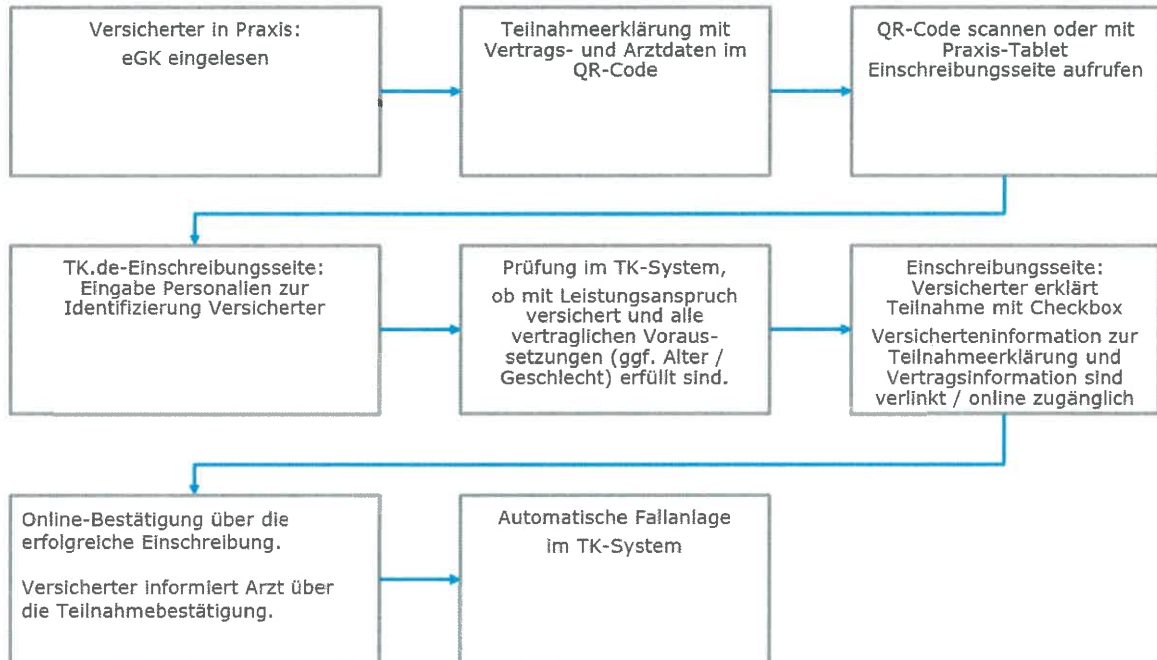
Vertrag zur besonderen Versorgung

Mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Vertragsnummer 501048/ Vertragskennzeichen 121012TK004

Prozessübersicht

Elektronische Einschreibung in Versorgungsverträge



Stand: Januar 2024

Der Inhalt dieses Vertrages und der beigefügten Anlage(n) ist urheberrechtlich geschützt. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Art von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte - auch in Teilen oder in überarbeiteter Form - ohne Zustimmung der TK ist untersagt.