

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

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Berlin**

Masurenallee 6A

14057 Berlin

*(im Folgenden als Kassenärztliche Vereinigung bezeichnet)*

und der

**IKK Brandenburg und Berlin**

Keithstraße 9/11

10787 Berlin

*(im Folgenden als Krankenkasse bezeichnet)*

## **Präambel**

Zahlreiche Hautschäden werden durch übermäßige Sonnenexposition hervorgerufen. Nicht nur durch kurzfristige Überexposition sondern auch durch regelmäßige langfristige Sonnenexposition steigt das Risiko Hautkrebs zu entwickeln. 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 Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personengruppen (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen.

Die vertragsschließenden Parteien vereinbaren bei Versicherten bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Gefahren für und Manifestation von Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- Schulungen einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention durchzuführen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

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

## **§ 1**

### **Geltungsbereich des Vertrages**

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung.

## **§ 2**

### **Anspruchsberechtigter Personenkreis**

1. Zu den anspruchsberechtigten Personen zählen die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der Krankenkasse versicherten Personen bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres, unabhängig vom Wohnort des Versicherten einschließlich der aus dem zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen anspruchsberechtigten Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland.
2. Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten hierüber in geeigneter Weise. Mit Inanspruchnahme dieser Leistung nimmt der Versicherte an dieser Vereinbarung teil. Einer gesonderten Teilnahmeerklärung bedarf es nicht. Eine weitergehende Verpflichtung im Sinne von § 73 c Abs. 2 SGB V ist mit diesem Versorgungsangebot nicht verbunden.

### **§ 3**

#### **Zur Durchführung berechnete Vertragsärzte**

1. Zur Durchführung der Untersuchung gem. § 4 dieses Vertrages sind im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung zugelassene, in einer Praxis angestellte oder in einer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen ärztlich geleiteten Einrichtung tätige Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Dermatologen berechnete, die über eine Genehmigung zur Abrechnung der EBM-Nr. 01745 verfügen.
2. Der Vertragsarzt erklärt seine Teilnahme mittels Teilnahmeerklärung (Anlage 1) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Teilnahme beginnt in dem Quartal, in dem die Teilnahme durch den Arzt erklärt wird. Der Arzt kann die Teilnahme mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung kündigen. Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt regelmäßig eine Liste der teilnehmenden Ärzte an die Krankenkasse.

### **§ 4**

#### **Umfang des Leistungsanspruchs**

1. Der anspruchsberechtigte Personenkreis (§ 2 dieses Vertrages) hat alle zwei Jahre frühestens nach dem Ablauf von 7 Quartalen nach dem Quartal der Inanspruchnahme, Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen zur Durchführung berechneten Vertragsarzt (§ 3 dieses Vertrages); diese umfasst
  - a) Information der Versicherten zum Vorsorgeangebot und zur Anspruchsberechtigung,
  - b) gezielte Anamnese,
  - c) visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie alle Intertrigines,
  - d) bei bestehender medizinischer Notwendigkeit die Untersuchung tumorverdächtiger Hautveränderungen mittels Auflichtmikroskopie,
  - e) Befundübermittlung mit diesbezüglicher Beratung,
  - f) die vollständige Dokumentation.
2. Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen; dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweise hinzuweisen.
3. Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.
4. Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.
5. Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten - mit Einverständnis der Patientin / des Patienten - dem/den weiterbehandelnden Arzt/Ärzten zur Verfügung zu stellen.

## **§ 5 Abrechnung und Vergütung**

1. Abrechnungs- und vergütungsfähig sind die in § 4 aufgeführten ärztlichen Leistungen, wenn sie im Rahmen dieser Vereinbarung vollständig erbracht werden.
2. Zur Abrechnung gelangt die Abr.-Nr. 99200.
3. Die SNR 99200 ist alle zwei Jahre, frühestens nach dem Ablauf von sieben Quartalen nach dem Quartal der Inanspruchnahme zulässig.
4. Eine parallele privatärztliche Abrechnung der unter Abs. 2 aufgeführten SNR für Leistungen dieses Vertrages mit der GOÄ-Nr. 1, 7, 27, 28 und 750 ist ausgeschlossen.
5. Die Krankenkasse entrichtet an die Kassenärztliche Vereinigung zur Abgeltung der erbrachten ärztlichen Leistungen für die 99200 einen Betrag, der im Rahmen der gesamtvertraglichen Regelungen zwischen den jeweiligen Vertragspartnern auf Landesebene für das Hautkrebscreening (EBM-Nr. 01745) vereinbart ist. Der Leistungsinhalt, -umfang und die Höhe der Vergütung richten sich nach den entsprechenden regionalen gesamtvertraglichen Regelungen.
6. Für die auflichtmikroskopische Untersuchung wird eine Vergütung von 8,80 € vereinbart. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass diese zusätzliche Untersuchung mittels Auflichtmikroskopie in rund. 43,2% der Fälle medizinisch erforderlich ist. Zur Abrechnungsvereinfachung wird zusätzlich zu der unter § 5 Abs. 5 aufgeführten Vergütung (99200) ein anteiliger Aufschlag je Untersuchung in Höhe von 3,80 € vergütet. Der Aufschlag wird jährlich entsprechend der Veränderung des honorarvertraglich vereinbarten Orientierungspunktwertes in Berlin angepasst.
7. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87 a Abs. 3 SGB V. § 28 Abs. 4 SGB V gilt.
8. Bei mehrfacher Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten innerhalb der unter § 4 Abs. 1 genannten Fristen haftet der Vertragsarzt nur bei Verschulden.
9. Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt Verwaltungskosten/Gebühren in der jeweils gültigen Höhe in Abzug zu bringen.
10. Hinsichtlich der Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung, der Zahlungs- und Zinsregelungen, der rechnerischen/sachlichen Richtigstellung gelten die Bestimmungen des jeweiligen Honorarvertrages. Bei Zahlungsklage werden Verzugszinsen nach § 288 Abs. 2 BGB erhoben.
11. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt der Krankenkasse die abgerechneten Leistungen dieses Vertrages zusätzlich zur Gesamtvergütung in Rechnung und weist diese im Formblatt 3 entsprechend der aktuell gültigen Formblattrichtlinie aus.

## **§ 6 Datenschutz**

Die Einhaltung der Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und des Datenschutzes ist von den Vertragspartnern dieser Vereinbarung und den teilnehmenden Vertragsärzten zu gewährleisten.

**§ 7**  
**Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am nächsten kommen.

**§ 8**  
**Inkrafttreten und Kündigung**

1. Dieser Vertrag tritt ab 1. April 2015 in Kraft.
2. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Quartalsende und ist frühestens zum 31.12.2015 möglich.
3. Die Möglichkeiten zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund bleiben für beide Parteien unberührt. Als wichtiger Grund in diesem Sinne gelten insbesondere gesetzliche, gerichtliche oder aufsichtsrechtliche Maßnahmen oder eine Änderung der Rechts- und/oder Gesetzeslage, die dieser Vereinbarung die rechtliche oder tatsächliche Grundlage entziehen. Ein wichtiger Grund wäre insbesondere eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien bzw. der Satzungsregelung während der Vertragslaufzeit.
4. Die Vertragspartner sind sich darin einig, dass bei Fusionen von Krankenkassen, gemäß §§ 144 Abs. 4, 150 Abs. 2 Satz 1, 160 Abs. 1 Satz 3, 168 a Abs. 1 Satz 3 und 171 a Abs. 1 Satz 3 SGB V, die neue Krankenkasse in die Rechten und Pflichten der bisherigen Krankenkassen eintritt.

Berlin, den 31.12.15

Kassenärztliche Vereinigung Berlin



Unterschrift



Berlin, den 7.1.15

IKK Brandenburg und Berlin



Unterschrift



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
 Abteilung Qualitätssicherung  
 Masurenallee 6 A  
 14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 384, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung**  
 zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines  
 ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der  
 IKK Brandenburg und Berlin  
 (gültig ab dem 01.04.2015)

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt:  für mich  
 für den angestellten Arzt / Job-Sharer  
 (nicht Zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
 (Name des angestellten Arztes bzw. Job-Sharers)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
 (wenn vorhanden) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



**Ich beantrage für mich bzw. für den angestellten Arzt die Teilnahme am o.g. Vertrag. Ich besitze für mich bzw. für den angestellten Arzt**

- die Genehmigung zur Abrechnung der EBM-Nr. 01745 EBM (*Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs*)

Ich bin umfassend über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens nach der Pseudonummer **99200** zwischen der KV Berlin und der **IKK Brandenburg und Berlin** informiert worden. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt.

Mir ist insbesondere bekannt,

- dass die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist,
- dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß des o.g. Vertrages erst ab dem Quartal, in dem die Teilnahme gegenüber der KV Berlin erklärt wurde, zulässig ist,

Ich verpflichte mich zur Einhaltung der Vertragsinhalte, insbesondere des Umfangs des Leistungsanspruchs in § 4 des o.g. Vertrages. Insbesondere beachte ich, dass

- Versicherte der **IKK Brandenburg und Berlin** bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres einen Leistungsanspruch gemäß § 4 des o.g. Vertrages besitzen,
- der Anspruch alle zwei Jahre, frühestens nach Ablauf von sieben Quartalen nach dem Quartal der Inanspruchnahme besteht,
- die Beendigung der Teilnahme nur zum Ende eines Quartals möglich ist und gegenüber der KV Berlin schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende erklärt werden muss.

Mit der regelmäßigen Weitergabe einer Liste der Teilnehmer des Vertrages an die **IKK Brandenburg und Berlin** bin ich einverstanden.

Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu. Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des antragstellenden Arztes und ggf.  
des ärztlichen Leiters (bei MVZ)