

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

17. April 2015

### Neu ab 01.04.2015: Hautscreeningvertrag mit der IKK Brandenburg und Berlin

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

zum **01.04.2015** hat die KV Berlin mit der **IKK Brandenburg und Berlin** einen Hautkrebscreeningvertrag geschlossen. Die IKK BB bietet bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres unabhängig vom Wohnort des Versicherten alle zwei Jahre eine Hautkrebsvorsorgeuntersuchung an. Der Leistungsinhalt und -umfang entspricht unseren gesamtvertraglichen Regelungen zur Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs für die EBM-Nr. 01745 inklusive der Auflichtmikroskopie, sofern diese medizinisch notwendig ist.

Zur Durchführung der Untersuchung bedarf es einer Genehmigung zur Abrechnung der EBM-Nr. 01745 und Ihrer Erklärung zur Teilnahme gegenüber der KV Berlin. Die Teilnahmeerklärung für den Vertrag mit der IKK BB haben wir beigefügt. Die IKK BB vergütet die Leistungen je Untersuchung mit **25,78 €** (21,98 € entsprechend EBM-Nr. 01745 + 3,80 € als anteiliger Aufschlag für die ggf. im Einzelfall notwendige Auflichtmikroskopie).

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und wird jährlich entsprechend der Veränderung des honorarvertraglich vereinbarten Orientierungspunktwertes in Berlin angepasst. Die Abrechnung erfolgt über die **SNR 99200**.

Eine aktuelle Übersicht über die Hautscreening-Verträge im KV-Bereich Berlin finden Sie auf unserer Homepage unter [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de). Der Vertrag befindet sich derzeit noch im Unterschriftenverfahren und ist nach Abschluss auf der Homepage unter *Für die Praxis / Verträge und Recht / Verträge / Hautscreening* zu finden.

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

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn  
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kraffel  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke  
Mitglied im Vorstand

**Ab  
01.04.2015:**

**Vertrag  
mit der IKK  
Brandenburg  
und Berlin**

**Vergütung:  
25,78 €**

**SNR 99200**

**☎ 31003-999**



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)