

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

16. Januar 2012

Neu ab 01.01.2012: Hautscreeningvertrag mit der Knappschaft

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
zum **01.01.2012** hat die KV Berlin mit der **Knappschaft** einen Hautkrebscreeningvertrag geschlossen. Die Knappschaft 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. Die Praxisgebühr ist zu entrichten.

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 Knappschaft haben wir beigefügt. Die Knappschaft vergütet die Leistungen je Untersuchung mit **25 €** (21,20 € entsprechend EBM-Nr. 01745 + 3,80 € als pauschalisierter Zuschlag zu allen Fällen für die ggf. im Einzelfall notwendige Auflichtmikroskopie).

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. 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. 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 01.01.2012:
Hautscreening-
vertrag
mit der
Knappschaft**

**Praxisgebühr
zu zahlen**

**Mit Auflicht-
mikroskopie**

SNR 99200

☎ 31003-999



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 466, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Teilnahmeerklärung
zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-
Verfahrens
mit der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin
(gültig ab dem 01.01.2012)**

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)

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> 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 **Knappschaft** 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 **Knappschaft** 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 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 **Knappschaft** 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)