

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Hautkrebs-Screening

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen des Hautkrebs-Screenings nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit **beantragt** am _____

für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** _____

Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung:

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

Susanne Scheurer
Tel 069 24741-6523
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.2@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____

Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____

Name der Einrichtung

Instituts-

Ermächtigung _____ BSNR _____

Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-

Assistent _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Abrechnungsfähig nur für Hausärzte:

- GOP 01745 EBM Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
- GOP 01746 EBM Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 (Gesundheitsuntersuchung) für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Abrechnungsfähig nur für Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten/ Dermatologen:

- GOP 01745 EBM Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Hessenspezifische Abrechnungsnummern

Teilnahme an den Verträgen zur Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

Die Teilnahme an den abgeschlossenen Verträgen nach § 73 c SGB V zur Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KV Hessen und den einzelnen Krankenkassen ist schriftlich zu erklären.

Informationen zum Antrags- und Genehmigungsverfahren bei den o. g. Sonderverträgen steht Ihnen das Team Mitgliederservice Sonderverträge unter der Telefonnummer 069 24741 – 7580 oder unter mitgliederservice.sondervertraege@kvhessen.de gerne zur Verfügung.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Kreuzen Sie bitte hier den für Sie zutreffenden Weiterbildungsgang an und fügen Sie die Facharztanerkennung (Urkunde) in Kopie diesem Antrag bei.

- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Innere Medizin
- Praktischer Arzt
- Arzt ohne Gebietsbezeichnung

U N D

Fortbildungsnachweis

über eine erfolgreiche Teilnahme an einem von der KV zertifizierten 8-stündigen Fortbildungsprogramm „Hautkrebs-Screening“ nach dem Fortbildungskonzept der Kommission Hautkrebs-Screening der KBV und den Vorgaben der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (Abschnitt D § 32).

- Das Fortbildungszertifikat liegt diesem Antrag bei
- Das Fortbildungszertifikat wird umgehend nachgereicht.

Bitte nachfolgend den Veranstalter, Datum und Ort angeben:

Name des Veranstalters

am _____ in _____

Sonstige Anforderung an die ärztliche Leistung

Versicherte haben ab dem Alter von 35 Jahren **jedes zweite Jahr** Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs. Eine erneute Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ist jeweils **erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres** möglich.

Bestandteile der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Zur Untersuchung gehören:

1. die gezielte Anamnese
2. die Visuelle, gemäß § 32 der Richtlinie zertifiziertem Fortbildungsprogramm standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des beharrten Kopfes sowie aller Intertriginen
3. Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung
4. Dokumentation

Ergibt sich aus der **visuellen Inspektion der Haut** durch den Hausarzt der Verdacht auf das Vorliegen einer der Zielerkrankungen, so erfolgt die **weitere Abklärung bei einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten**.

Der Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten **führt erneut eine visuelle Ganzkörperinspektion durch**, überprüft insbesondere die auffälligen Befunde des Voruntersuchers und **veranlasst ggf. die histopathologische Untersuchung** zur Diagnosesicherung.

Die histopathologische Beurteilung kann nur durch Pathologen sowie durch Dermatologen mit der Zusatzweiterbildung in Dermathohistologie mit Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfolgen.

Bei (Teil-)Exzisionen von malignomverdächtigen Hautveränderungen ist zu gewährleisten, dass der Arzt (Pathologe), der die histopathologische Untersuchung durchführt, darüber informiert wird, **dass die Befundung des Präparates im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (EBM-Ziffer 19315) erfolgt**.

Dies ist **auf dem Überweisungsschein** entsprechend **zu kennzeichnen**.

Dokumentation

Vermerke zur Dokumentation bei der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

Die im Rahmen des Früherkennungsprogramms durchgeführte Untersuchung und eventuelle Abklärungsdiagnostik ist zu dokumentieren.

Die nachfolgenden Punkte sind von **Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere Medizin, Praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung** bei der Erstuntersuchung zu vermerken:

1. Arztnummer
2. Patientinformationen
 - 2.1 Alter und Geschlecht der oder des Versicherten
3. Verdachtsdiagnose:
 - 3.1 Verdachtsdiagnose (ja/ nein)
 - 3.2 Angabe der Verdachtsdiagnose differenziert nach Hautkrebsarten:
 - 3.2.1 Malignes Melanom
 - 3.2.2 Basalzellkarzinom
 - 3.2.3 Spinozelluläres Karzinom
 - 3.2.4 anderer Hautkrebs
 - 3.2.5 sonstiger dermatologisch abklärungsbedürftiger Befund
 - 3.3 Screening-Teilnehmer wird an einen Dermatologen überwiesen (ja/nein)
4. Teilnahme im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung

Die nachfolgenden Punkte sind von **Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten** bei der Erstuntersuchung zu vermerken:

1. Arztnummer
2. Patientinformationen
 - 2.1 Alter und Geschlecht der oder des Versicherten
3. Überweisung
 - 3.1 Patient kommt auf Überweisung (ja/nein)
 - 3.2 Überweisender Arzt hat HKS durchgeführt (ja/nein)
 - 3.3 Angabe über die Verdachtsdiagnose des überweisenden Arztes liegt vor (ja/nein)
 - 3.4 Angabe der Verdachtsdiagnosen des überweisenden Arztes
 - 3.4.1 Malignes Melanom
 - 3.4.2 Basalzellkarzinom
 - 3.4.3 Spinozelluläres Karzinom
 - 3.4.4 anderer Hautkrebs
4. Verdachtsdiagnose des untersuchenden Dermatologen
 - 4.1 Verdachtsdiagnose (ja/nein)
 - 4.2 Angabe der Verdachtsdiagnose differenziert nach den Hautkrebsarten
 - 4.2.1 Malignes Melanom
 - 4.2.2 Basalzellkarzinom
 - 4.2.3 Spinozelluläres Karzinom
 - 4.2.4 anderer Hautkrebs
 - 4.2.5 Sonstiger, mit Biopsie abklärungsbedürftiger Befund

5. Biopsie zu Verdachtsdiagnose entnommen oder Exzision durchgeführt (ja/ nein)
 - 5.1 Falls ja: Anzahl der entnommenen Biopsien/ Exzisionen
 - 5.2 Falls nein:
 - 5.2.1 anderweitige Therapie oder Diagnostik vorgenommen bzw. eingeleitet (ja/nein)
 - 5.2.2 derzeit keine weitere Therapie/ Diagnostik (ja/nein)
6. Jeweils schwerster histopathologischer Befund (je Entität)
 - 6.1 Malignes Melanom (ja/nein)
 - 6.2 Malignes Melanom – Klassifikation
 - Melanoma in situ
 - Invasives Melanom
 - 6.3 Malignes Melanom – Tumordicke
 - ≤ 1 mm
 - 1,01 - 2 mm
 - 2,01 - 4 mm
 - > 4 mm
 - 6.4 Basalzellkarzinom (ja/ nein)
 - 6.5 Basalzellkarzinom horizontaler Tumordurchmesser (klinisch)
 - Angabe in mm
 - 6.6 Basalzellkarzinom vertikaler Tumordurchmesser (histologisch)
 - Angabe in mm
 - 6.7 Spinozelluläres Karzinom (ja/ nein)
 - 6.8 Spinozelluläres Karzinom - Klassifikation
 - Karzinoma in situ
 - invasives Karzinom
 - 6.9 Spinozelluläres Karzinom – Grading
 - G X/1/2/3/4
 - 6.10 Anderer Hautkrebs (ja/ nein)
 - 6.11 atypischer Nävuszellnävus (ja/ nein)
 - 6.12 junctionaler, compound, dermaler atypischer Nävuszellnävus (ja/ nein)
 - 6.13 Aktinische Keratose (ja/ nein)
 - 6.14 Andere hier nicht relevante Hautveränderungen (ja/ nein)

Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit

Die vollständige Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit des Hautkrebs-Screenings.

Seit 1. Januar 2009 erfolgt die Dokumentation ausschließlich in elektronischer Form. Zur Datenerfassung darf nur eine von der KBV zertifizierte Software Verwendung finden.

Die elektronischen Dokumentationen werden als Datensätze zeitgleich mit der Quartalsabrechnung online an die KV Hessen übermittelt.

Diese werden zum Zweck der Evaluation von den Kassenärztlichen Vereinigungen gesammelt und der für die Evaluation bestimmten Stelle zur Verfügung gestellt.

Online Portal der KV Hessen

Die KV Hessen bietet allen Praxen, die **nicht über ein Software-Modul verfügen** die Möglichkeit, Ihre Dokumentationen direkt über die Homepage der KV Hessen <https://portal.kvh.kv-safenet.de> zu erstellen und im Anschluss zu übermitteln.

Hierfür ist eine **einmalige Registrierung** zum Erhalt Ihrer Zugangsdaten erforderlich. Nach der Erfassung der dort abgefragten Daten erhalten Sie innerhalb von 24 Stunden Ihren Benutzernamen und ein Passwort.

Bei technischen Fragen steht Ihnen unsere technische Hotline telefonisch unter:

069 24741-7776 oder per E-Mail unter onlineservices@kvhessen.de gerne zur Verfügung.

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Bei den Leistungen des Hautkrebs-Screenings handelt es sich um **personenbezogene, genehmigungspflichtige Leistungen**.
- Mir ist bekannt, dass ich **Änderungen** hinsichtlich meiner Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen für das Hautkrebs-Screening sowie Änderung des Zulassungsstatus unverzüglich der **Qualitätssicherung Substitution & weitere Genehmigungen** mitzuteilen habe.
- **Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.**
- **Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mit ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.**

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ
(Institut/Klinik/Krankenhaus)**

.....
Stempel

Stand: 11.02.2020