

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag für Hausärzte

auf **Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs** gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KFE-RL)

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistung:

Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß der KFE-RL

### Fachliche Voraussetzungen

Folgende fachliche Voraussetzungen werden erfüllt, vgl. §§ 31, 32 KFE-RL:

Zulassung/Anstellung im **hausärztlichen** Versorgungsbereich

**und** Berechtigung zum Führen der Bezeichnung

Facharzt für Allgemeinmedizin

**oder**

Internist

**oder**

Praktischer Arzt

**oder**

Arzt ohne Gebietsbezeichnung

**und**

Erfolgreiche Teilnahme an einem von der KVB zertifizierten 8-stündigen Fortbildungsprogramm zum Hautkrebs-Screening nach den Vorgaben der KFE-RL

---

**Datum, Ort**

**oder**

Teilnahme an einer Trainerfortbildung

### 3. Weitere Anforderungen an die Leistungserbringung

Folgende weitere Anforderungen an die Leistungserbringung werden erfüllt:

**1. Bestandteile der Früherkennungsuntersuchung, vgl. § 30 KFE-RL**

- Gezielte Anamnese
- Visuelle, gemäß zertifiziertem Fortbildungsprogramm standardisierte Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines
- Befundmitteilung mit diesbezüglicher Beratung
- Dokumentation

Ergibt sich aus der visuellen Inspektion der Haut durch den Hausarzt der Verdacht auf das Vorliegen einer Zielerkrankung, so erfolgt die weitere Abklärung bei einem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Dieser 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 Dermatohistologie mit Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfolgen.

## 2. Elektronische Dokumentation, vgl. § 34 KFE-RL

Die Untersuchung und eventuelle Abklärungsdiagnostik ist zu dokumentieren.  
Dazu gehören bei der Erstuntersuchung:

- Arztnummer
- Alter und Geschlecht des Versicherten
- Verdachtsdiagnose differenziert nach den Hautkrebsarten:
  - Malignes Melanom
  - Basalzellkarzinom
  - Spinozelluäres Karzinom
- Teilnahme im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung

Die **vollständige Dokumentation** ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Früherkennungsmaßnahme. Die Dokumentation erfolgt ausschließlich in **elektronischer Form**. Die elektronischen Dokumentationen werden als Datensätze an die KVB übermittelt.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter/ MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde zum Führen der entsprechenden Facharztanerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis über 8-stündige Fortbildung zum Hautkrebs-Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Genehmigungsantrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (KFE-RL) ist unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) / Informationsarchiv / Richtlinien abrufbar,