

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings** nach der Qualitäts-sicherungsvereinbarung (QSV) Histopathologie Hautkrebs-Screening gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei der 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:

Histopathologische Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (GOP 19315 EBM).

3. Fachliche Voraussetzungen

Fachärzte für Pathologie, vgl. § 3 Nr. 1 QSV

Berechtigung zum Führen der **Facharztbezeichnung „Pathologie“**

und

Zeugnis/Bescheinigung über die **persönliche Befundung** von mindestens **15.000 histopathologischen Präparaten** (s. dazu Anlage), davon

mindestens **1.000 dermatohistologische Präparate** innerhalb von 24 Monaten vor Antragserteilung auf Genehmigung

oder

Nachweis einer **fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung** im genannten Zeitraum, die durch **8 Fortbildungspunkte** oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung belegt ist.

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, vgl. § 3 Nr. 2 QSV

Berechtigung zum Führen der **Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“** mit der **Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“**

und

Zeugnis/Bescheinigung über die **persönliche Befundung** von mindestens **6.000 dermatohistologischen Präparaten** (s. dazu Anlage), davon

mindestens **1.000 dermatohistologische Präparate** innerhalb von 24 Monaten vor Antragserteilung auf Genehmigung

oder

Nachweis einer **fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung** im genannten Zeitraum, die durch **8 Fortbildungspunkte** oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung belegt ist.

4. Apparative Ausstattung und Archivierung, vgl. § 4 QSV

- Die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen ist gewährleistet.
- Die folgenden Archivierungsmöglichkeiten sind gewährleistet:
 - Aufbewahren von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens 6 Wochen
 - Aufbewahren von Gewebeblöcken für mindestens 2 Jahre
 - Aufbewahren der Schnitte und der schriftlichen Befunde für mindestens 10 Jahre

Führt der Vertragsarzt histopathologische Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings an mehreren Betriebsstätten durch, sind die genannten Anforderungen insgesamt mindestens einmal nachzuweisen.

5. Weitere Anforderungen an die Leistungserbringung

Folgende weitere Anforderungen an die Leistungserbringung werden erfüllt, vgl. Abschnitt C der QSV:


- Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung**, vgl. § 5 QSV:
Regelmäßige persönliche Befundung von **1.000 dermatohistologischen Präparaten** innerhalb eines Zeitraums von **12 Monaten**
- Fallkonferenz**, vgl. § 6 QSV:
In Fällen einer nicht eindeutigen Diagnose hat der Arzt bei einem anderen Arzt, der mindestens die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung der QSV erfüllt, eine Zweitmeinung einzuholen. Die Zweitmeinung und der abschließende Konsens bei ggf. abweichender Zweitmeinung sind auf dem Befundbericht zu dokumentieren.
- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation**, vgl. § 7 i. V. m. Anlage 1 QSV:
Die ärztliche Dokumentation hat mindestens die Angaben nach **Anlage 1 der QSV** in der Abfolge der nummerierten Textblöcke zu enthalten. Eine Kopie des Befundberichts ist dem einsendenden Dermatologen zu übermitteln.

Hinweis: Einen Link zur Anlage 1 der QSV finden Sie am Ende dieses Antrags.

- Ich bin einverstanden, dass die KVB eine Praxisbegehung nach § 9 Abs. 5 QSV zur Überprüfung der apparativen und organisatorischen Anforderungen durch die zuständige Qualitätssicherungskommission durchführen kann.**

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 und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

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) Facharzturkunde „Pathologie“ bzw. „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ und Zeugnis Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Zeugnis/ Bescheinigung über die persönliche Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen bzw. 6.000 dermatohistologischen Präparaten, davon mindestens 1.000 dermatohistologische (Muster vgl. Anlage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ggf. Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung	<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. 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.

Zur QSV:

Stichprobenhafte Überprüfung der ärztlichen Dokumentation:

Die Kassenärztliche Vereinigung fordert jährlich von mindestens 4 % der Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, die schriftliche Dokumentation zu 10 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings abgerechneten dermatohistologischen Befundungen und die zugehörigen dermatohistologischen Präparate an. Die Überprüfung richtet sich auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Dokumentation.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening mitsamt deren Anlage 1 mit den Inhalten der ärztlichen Dokumentation ist unter www.kbv.de / Service / Service für die Praxis / Qualität / Qualitätssicherung abrufbar.

Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (GOP 19315 EBM) nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Histopathologie Hautkrebs-Screening gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Abschnitt 1

Bestätigung des Laborleiters / anleitenden Arztes zur Erfüllung der Anforderungen nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Histopathologie Hautkrebs-Screening

Der / die Antragsteller / in Name _____, Vorname _____ war in meinem Labor / meiner Klinik _____ <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Name der Einrichtung</div> _____ <div style="text-align: center;">Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung</div> in der Zeit vom _____ bis _____ tätig.
--

Abschnitt 2

Nachweis über selbständig durchgeführte Befundungen der geforderten Anzahl an Präparaten ggf. unter Anleitung eines zur **Weiterbildung befugten Arztes**

Ich _____ <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname des Laborleiters / anleitenden Arztes)</div> bestätige mit meiner Unterschrift, dass Herr/Frau _____ <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname des Antragstellers)</div> die unten aufgeführten Untersuchungen und Behandlungen <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> und gegebenenfalls: unter meiner Anleitung / unter Anleitung von Herrn/Frau _____ <div style="text-align: center;">(Vor- und Nachname einfügen)</div> durchgeführt hat.

1. Selbständig und ggf. unter Anleitung durchgeführte Befundungen


<input type="checkbox"/> Er/sie hat in dieser Zeit insgesamt _____ (Anzahl einfügen) histopathologische/dermatohistologische Präparate persönlich befundet. <input type="checkbox"/> Davon hat er/sie _____ (Anzahl einfügen) dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragsstellung auf Genehmigung persönlich befundet.
--

2. Weiterbildungsbefugnis des anleitenden Arztes

(Nur auszufüllen, sofern Befundungen unter Anleitung erfolgten.)


- Hiermit bestätige ich, dass ich als anleitender Arzt über die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchung von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings gemäß § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening verfüge.

Ort, Datum

Unterschrift des Laborleiters / anleitenden Arztes 

Stempel Labor

Ort, Datum

Unterschrift des Klinikleiters 

Stempel Klinik