

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Histopathologie Hautkrebs-Screening

Ergänzungsantrag bei Änderung des Standortes BSNR / N-BSNR

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings und der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

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.

Qualitätssicherung
Team 1

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

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 _____

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 19315 EBM)

Die Ausführung und Abrechnung der histologischen Untersuchung von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings ist eine **betriebsstättenbezogene** Genehmigung und erst nach Genehmigungserteilung durch die KV Hessen zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die nachstehenden Voraussetzungen nach §§ 3 und 4 der QS-Vereinbarung Histopathologie HKS im Einzelnen erfüllt.

Die GOP 19315 EBM kann bei demselben Material nur mit besonderer Begründung (z. B. Differenzialdiagnostik bei Lymphom) neben den GOP 11320 bis 11322 EBM berechnet werden. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-Kodes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben. Die GOP 19315 EBM ist bei demselben Material nicht neben der GOP 19310 EBM berechnungsfähig.

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von histopathologischen Leistungen wurde durch die KV Hessen **bereits für die nachfolgende BSNR / N-BSNR erteilt:**

- Standort/BSNR _____ ggf. Bescheid _____
- Standort/BSNR _____ ggf. Bescheid _____
- Standort/BSNR _____ ggf. Bescheid _____

Der Ergänzungsantrag wurde von mir gestellt aufgrund einer

- BSNR-Änderung
- Verlegung der Praxisräume (anderer Ort der Leistungserbringung - Adressänderung)
- Erweiterung der Genehmigung auf weitere Betriebsstätten/ Nebenbetriebsstätten

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen erteilt die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der histopathologischen Leistung aufgrund der geforderten Zeugnisse und Bescheinigungen zum Nachweis der fachlichen Befähigung nach § 9 der QS-Vereinbarung.

Die fachliche Befähigung wurde bereits gegenüber der KV Hessen nachgewiesen.

- ja nein

Sonstige Anforderungen

Apparative Ausstattung und Archivierung

Bitte geben Sie den/ die neue/n Standort/e an, an denen die Leistungen erbracht werden:

Standort/BSNR _____ Gerätebezeichnung _____

Standort/BSNR _____ Gerätebezeichnung _____

Standort/BSNR _____ Gerätebezeichnung _____

Ich gewährleiste, dass die nachfolgenden Anforderungen erfüllt sind:

- Die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen ist gegeben.
- Die folgenden Archivierungsmöglichkeiten sind gewährleistet:
 - 1. Aufbewahren von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens 6 Wochen
 - 2. Aufbewahren von Gewebelöcken für mindestens 2 Jahre
 - 3. 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 oder Nebenbetriebsstätten** durch, sind die genannten Anforderungen insgesamt **mindestens einmal** nachzuweisen.

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

- **Mir ist bekannt, dass ich zur Aufrechterhaltung** der fachlichen Befähigung den Nachweis der persönlichen Befundung **von 1.000 dermatohistologischen Präparaten** innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten nach § 5 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening zu erfüllen habe.

Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Befundungen von dermatohistologischen Präparaten können auf die nachzuweisenden Zahlen angerechnet werden.

Soweit der Nachweis nicht geführt wurde, teilt die KV Hessen dem Arzt dies unverzüglich mit. Kann der Nachweis nach Ablauf von weiteren auf den in Absatz 1 genannten Zeitraum folgenden 12 Monaten erneut nicht geführt werden, wird die Genehmigung widerrufen.

- Nach § 7 muss die **Dokumentation** mindestens die Angaben **der Anlage 1** in der Abfolge der nummerierten Textblöcke enthalten. Eine Kopie des Befundberichtes ist dem einsendenden Dermatologen zu übermitteln.

- Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft gemäß § 8 Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening die ärztliche Dokumentation.
- Jährlich fordert die Kassenärztliche Vereinigung nach § 8 Absatz 2 von mindestens 4 % der Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, die schriftliche Dokumentation **nach § 7 für ein Quartal von je 10 im**

Rahmen des Hautkrebs-Screenings abgerechneten dermatohistologischen Befundungen und die zugehörigen histopathologischen Präparate an. Die Auswahl ist eine Zufallsauswahl.

- Ich bin einverstanden, dass die KV Hessen die zuständige Qualitätssicherungskommission gemäß § 9 Abs. 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening **beauftragen kann**, die apparative und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin **zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen**.
- Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchung von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings eine **betriebsstättenbezogene Genehmigung** ist und im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung **erst nach Genehmigungserteilung durch die KV Hessen zulässig ist**.
- Mir ist bekannt, dass ich jede **Änderungen** hinsichtlich meiner Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistung zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings bezüglich der apparativen Ausstattung und Archivierung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung sowie Änderungen bzgl. des Zulassungsstatus **unverzüglich der Qualitätssicherung Team 1 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: 17.02.2021