

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen  
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  
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

## 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 Tätigkeit<sup>1</sup>:**

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 Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

<sup>2</sup> 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 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: 09.11.2017