

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

Histopathologie Hautkrebs-Screening

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.

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 19 315 EBM)

Histopathologische Untersuchung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V der Qualitätssicherungsvereinbarung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings.

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

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

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Berechtigung zum Führen der **Facharztbezeichnung Pathologie**

und

Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen Präparaten **davon** mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung 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 wird.

ODER

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

und

Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 6.000 dermatohistologischen Präparaten **davon** mindestens 1.000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung 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 wird.

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 _____

Die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen ist gegeben.

ja nein

Wenn ja,

Geräte-Bezeichnung _____

Anschrift Standort des Gerätes _____ BSNR _____

Angaben zum Untersuchungszweck _____

Für den Fall, dass die Anforderungen der apparativen Ausstattung nicht erfüllt werden, besteht die Option einen Kooperationspartner gegenüber der KV Hessen zu benennen und ggf. den Kooperationsvertrag vorzulegen.

Kooperationspartner

Kooperationsvertrag (ist diesem Antrag beigelegt)

ja nein

ja nein

Name und Anschrift Kooperationspartner _____

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.

Fallkonferenz

- Ich verpflichte mich, in Fällen einer nicht eindeutigen Diagnose bei einem anderen Arzt, der mindestens die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllt, eine Zweitmeinung einzuholen.

Die Zweitmeinung und der abschließende Konsens bei ggf. abweichender Zweitmeinung sind auf dem Befundbericht zu dokumentieren.

Hinweise zur ärztlichen Dokumentation

- (1) Die Überprüfung richtet sich auf **die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit** der ärztlichen Dokumentation der histopathologischen Befundung.
- (2) 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 histopathologischen Präparate an. Die Auswahl erfolgt nach dem Zufallsprinzip durch die Kassenärztliche Vereinigung unter Angabe des Patientennamens und des Untersuchungsdatums.
- (3) Jede der eingereichten Dokumentationen ist daraufhin zu beurteilen, ob die nach § 7 geforderten Angaben vollständig und nachvollziehbar sind.
- (4) **Eine Dokumentation gilt als vollständig**, wenn die Angaben zu allen 4 nummerierten Textblöcken **nach Anlage 1 der QS Vereinbarung** vollständig sind und die zugehörigen histopathologischen Präparate vorliegen. **Eine Dokumentation gilt als nachvollziehbar**, wenn die Diagnose plausibel aus der schriftlichen Dokumentation i. V. m. den histopathologischen Präparaten hervorgeht.
- (5) Zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit gilt Folgendes:
 - a) Ist mehr als eine Dokumentation unvollständig bzw. nicht nachvollziehbar, wird der Arzt durch die Kassenärztliche Vereinigung informiert und ggf. beraten, wie die Mängel behoben werden können. Weiterhin fordert die Kassenärztliche Vereinigung in diesem Fall aus einem dem Prüfquartal zeitnah folgenden Quartal erneut die Dokumentationen zu 10 im Rahmen des Hautkrebs-Screenings abgerechneten dermatohistologischen Befundungen und die zugehörigen histopathologischen Präparate an.
 - b) Ist auch dann mehr als eine Dokumentation unvollständig bzw. nicht nachvollziehbar, hat der Arzt die Möglichkeit, innerhalb von 3 Monaten an einem Kolloquium bei der Kassenärztlichen Vereinigung teilzunehmen. Hat der Arzt an dem Kolloquium nicht teilgenommen oder war die Teilnahme an dem Kolloquium nicht erfolgreich, ist die Genehmigung zu widerrufen.

- (6) Nach Widerruf der Genehmigung kann der Arzt frühestens nach Ablauf von 3 Monaten einen Antrag auf eine erneute Teilnahme an einem Kolloquium stellen. Diesem Antrag ist eine Bescheinigung über die zwischenzeitliche Teilnahme an geeigneten Fortbildungsmaßnahmen beizulegen. Ist die Teilnahme an dem Kolloquium erfolgreich, erteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung.

Die KV Hessen bietet den Service einer elektronischen Dokumentationsvorlage nach den Inhalten der Anlage 1 der QS Vereinbarung zur vollständigen ärztlichen Befundung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings an. Diese Dokumentationsvorlage kann bei Bedarf angewendet werden und ist über unsere Homepage www.kvhessen.de im Bereich Mitglieder unter „Qualität und Genehmigungen“ zum Download verfügbar.

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.

- 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