

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Molekulargenetische Untersuchungen aus Unterabschnitt 11.4.2 EBM

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von molekulargenetischen Untersuchungen aus Unterabschnitt 11.4.2 EBM

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen

Qualitätssicherung
Team 1

Karola Reichert
Tel 069 24741-6673

Fax 069 24741-68819
qs.fb1.8@kvhessen.de

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. Die **mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder**. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.*

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

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: _____

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 Tätigkeit:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

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

Leistungsspektrum

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Indikationsbezogene genetische **in-vitro-Diagnostik bei monogenen Erkrankungen** nach **den Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 11.4.2 EBM**

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

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Urkunde/n über die Berechtigung zum Führen folgender Facharzt-/Zusatzbezeichnung/en, § 3 QSV:

Facharzt für Humangenetik

oder

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

oder

Andere Facharztbezeichnung: _____

und

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“

oder

Ermächtigter Fachwissenschaftler der Medizin

Urkunden sind beigelegt.

Die beantragten Untersuchungen werden durchgeführt:

in eigener Praxis mit BSNR _____

oder

durch Mitbenutzungsmöglichkeit in der Praxis / MVZ / Krankenhaus:

(bitte Namen und genaue Anschrift eintragen)

.....

.....

.....

Organisatorische Voraussetzungen

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik richtet sich an den Arzt, der die genetischen Untersuchungen durchführt und der Leistungen des Unterabschnitts 11.4.2 EBM ausführt und abrechnet.

Molekulargenetische Untersuchungen werden auch im Auftrag verantwortlicher ärztlicher Personen durchgeführt. Folgende organisatorische Voraussetzungen werden erfüllt (§ 4 und § 9 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung):

Der verantwortlichen ärztlichen Person werden ein Verzeichnis der molekulargenetischen Leistungen und schriftliche Anweisungen für die fachgerechte Entnahme und Behandlung von Untersuchungsmaterial zur Verfügung gestellt.

Eine strukturierte Zusammenarbeit mit der verantwortlichen ärztlichen Person durch Bereitstellung indikationsbezogener Auftragshinweise ist gewährleistet. In unklaren Konstellationen ist eine konsiliarische Erörterung zur Klärung der Indikationsstellung gewährleistet.

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beizufügen

- Aufstellung der verwendeten Untersuchungsverfahren
- Muster der Auftragshinweise, die der verantwortlichen ärztlichen Person zur Verfügung gestellt werden
(*Mindestinhalte der Auftragshinweise siehe § 6 und Anhang der Qualitätssicherungsvereinbarung*)

Die Unterlagen sind dem Antrag beigelegt

Interne und externe Qualitätssicherung

Entsprechend den Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen werden folgende Maßnahmen zur internen und externen Qualitätssicherung erfüllt (§ 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung)

System der internen Qualitätssicherung

und

regelmäßige Teilnahme an geeigneten externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Ringversuchen) einschließlich deren Ergebnisse gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 10 der Qualitätssicherungsvereinbarung

Weitere Anforderungen an die Leistungserbringung

Folgende weitere Anforderungen an die Leistungserbringung werden erfüllt:

- Anforderungen an die Indikationsstellung (§ 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung)
- Anforderungen an die ärztliche Dokumentation (§ 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung)
- Erstellung einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik in elektronischer Form für alle molekulargenetischen Untersuchungen aus Unterabschnitt 11.4.2 EBM. Die Daten werden bis spätestens zum 31. März des Folgejahres bei der Datenannahmestelle eingereicht (§ 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung)

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

- Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik) in der Fassung vom 01. Juli 2015 ist mir bekannt.
Hiermit verpflichte ich mich, die in den §§ 4 bis 8 festgelegten Anforderungen an die Leistungserbringung (organisatorische Voraussetzungen, interne und externe Qualitätssicherung, Anforderungen an die Indikationsstellung, ärztliche Dokumentation, Jahresstatistik) dauerhaft zu erfüllen.
- Hinweis für Ärztinnen/Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben oder bereits ermächtigt sind: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen.
- Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung von dem an der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik teilnehmenden Arzt den Nachweis der in den §§ 4 bis 7 genannten Anforderungen verlangen kann.
- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind der KV Hessen mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung zur Durchführung Ihrer Aufgaben die zuständige Fachkommission beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen an die Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung durch die zuständige Fachkommission der KV Hessen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und ggf. Vertragsarztstempel des Antragsstellers

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes

Stand: Februar 2023