

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 0261 39002-168  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/599870](http://www.kv-rlp.de/599870)

**A N T R A G**  
**auf Erteilung der Genehmigung zur Durchführung und**  
**Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen**  
**aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM**

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Erbringung von speziellen Untersuchungen  
der Laboratoriumsmedizin gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

**I. Angaben zum Leistungserbringer**

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte Telefon

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja  nein

II.1 Ich bin zur Führung einer der nachfolgend aufgeführten Facharztbezeichnungen berechtigt:

- Facharzt für Laboratoriumsmedizin

oder

- II.2  Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie  
 Facharzt für Transfusionsmedizin

und

- Ich habe einen mindestens 12 monatigen Weiterbildungsabschnitt im Gebiet Laboratoriumsmedizin abgeschlossen, der in der maßgebenden Weiterbildungsordnung, die zur Durchführung der beantragten Laboratoriumsuntersuchungen, beinhaltet.

oder

- II.3  Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für folgendes klinisches Fach:

.....

und

- Ich weise durch Vorlage ausreichender Zeugnisse nach, dass ich in den beantragten Laboruntersuchungen unter der Leitung eines zur Weiterbildung entsprechend befugten Arztes tätig gewesen bin und dabei ausreichende Kenntnisse in diesen Untersuchungen erworben habe.

**Bitte fügen Sie die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen bei, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.**

Sofern die geforderten Qualifikationsvoraussetzungen nicht nach II.1 und/oder nach II.2 erfüllt werden, ist abschließend die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium vor der Labor-Kommission erforderlich.

Gegenstand des Kolloquiums ist neben der Prüfung der fachlichen Befähigung insbesondere die Prüfung der Kenntnisse der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen auf der Grundlage der schriftlichen Zusammenstellung des Antragstellers nach § 6 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor.

**III. Leistungsumfang - Bitte je Betriebs-/Nebenbetriebsstätte ausfüllen ggf. vervielfältigen!**

Leistungserbringer (Name/Vorname): .....

Ort der Leistungserbringung/Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte:

.....

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Fachärzte für Laboriumsmedizin

Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM

Fachärzte aller anderen Gebietsbezeichnungen

Einzelne Gebührenordnungspositionen (GOP) aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM, bitte auflühren, ggf. auf gesondertem Blatt!


**IV. Anforderungen an die Einrichtung**

Zu jeder beantragten laboriumsmedizinischen Untersuchung ist eine aktuelle die Standardarbeitsanweisung gemäß Abschnitt A Punkt 6.2.3 der Richtlinie der Bundesärztekammer (Rili-BÄK) sowie eine standortbezogene Geräteübersicht einzureichen.

ist beigefügt

**und**

ein Konzept in Form einer kurzen schriftlichen Zusammenstellung mit folgendem Inhalt:

- a. Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt
- b. Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der (geplanten) Einrichtung
- c. Angaben zur (geplanten) personellen Struktur der Einrichtung

ist beigefügt

## V. Anforderungen an die Einrichtung

Ich verpflichte mich folgende Anforderungen gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor zu erfüllen:

- einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystems vorzuhalten
- die angebotenen Verfahren und Analysen einer kontinuierlichen internen Qualitätssicherung zu unterziehen
- die angebotenen Leistungen von dafür nachweislich qualifizierten Personen durchführen zu lassen
- externe Qualitätssicherung durch regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen vorzunehmen

## VI. Anforderungen an die interne und externe Qualitätssicherung

- Ich verpflichte mich die Anforderungen gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor zu erfüllen

und

- reiche die Nachweise zum internen Qualitätsmanagement unaufgefordert innerhalb von 12 Monaten nach Genehmigungserhalt ein

oder

- die entsprechenden Nachweise sind beigelegt

oder

- die aktuell gültige Akkreditierungsurkunde nach DIN EN ISO 15189 ist beigelegt

## VII. Allgemeines

- Laboratoriumsuntersuchungen der o. a. Abschnitte des EBM sind nur **von Ärzten, die dem fachärztlich Versorgungsbereich angehören**, berechnungsfähig.
- Laboratoriumsuntersuchungen der o. a. Abschnitte des EBM dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen von der KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

## VIII. Einverständniserklärung

Ich/wir verpflichte/n mich/uns zur Teilnahme an der Überprüfung der Dokumentationen an die interne und externe Qualitätssicherung von Laborleistungen.

Mit meiner/unserer Unterschrift(en) erkläre/n ich/wir mein/unser Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV RLP die Erfüllung der Anforderungen gemäß vorgenannter Vereinbarung in meiner/unserer Praxis überprüfen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der  
abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt,  
MVZ, Institut)