

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/631847](http://www.kv-rlp.de/631847)

## ANTRAG

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung histopathologischer Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings

Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening gem. § 135 (2) SGB V

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

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

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

.....  
E-Mail-Adresse Telefon mobil

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

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

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

.....  
LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang GOP - EBM

### Leistungslegende

- 19315** Histopathologische Untersuchung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung histopathologischer Untersuchungen im Rahmen des Hautkrebs-Screening 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

- Ich bin Facharzt für Pathologie

und

- verfüge über den Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens **15.000** histopathologischen Präparaten,

- davon wurden mindestens **1.000** dermatohistologische Präparate innerhalb 24 Monaten vor Antragstellung untersucht

oder

- verfüge über den Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung, die mit 8 Fortbildungspunkten innerhalb 24 Monaten vor Antragstellung bewertet wurde

oder

- habe eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung absolviert

oder

- bin Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung Dermatohistologie

und

- verfüge über den Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens **6.000** histopathologischen Präparaten

und

- davon wurden mindestens **1.000** dermatohistologische Präparate innerhalb 24 Monaten vor Antragstellung untersucht

oder

- verfüge über den Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung, die mit 8 Fortbildungspunkten innerhalb 24 Monaten vor Antragstellung bewertet wurde

oder

- habe eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung absolviert.

**Bitte reichen Sie die jeweils erforderlichen Nachweise/Urkunden/Zeugnisse/Bescheinigungen ein, sofern diese der KV RLP nicht bereits vorliegen.**

#### **IV. Apparative Ausstattung und Archivierung**

Im Einzelnen gewährleiste ich die Erfüllung folgender Anforderungen:

- Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen.
- Aufbewahrung von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens 6 Wochen.
- Aufbewahrung von Gewebeblöckchen für mindestens 2 Jahre.
- Aufbewahrung der Schnitte und der schriftlichen Befunde für mindestens 10 Jahre.

#### **V. Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung**

Ich verpflichte mich:

- Die persönliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten nachzuweisen.

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

Die KV RLP stellt fest, ob die geforderte Anzahl der dermatohistologischen Präparate belegt wurde. Soweit der Nachweis nicht geführt wurde, teilt Ihnen die KV RLP dies unverzüglich mit.

- 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 den abschließenden Konsens bei ggf. abweichender Zweitmeinung auf dem Befundbericht zu dokumentieren.
- Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung durch die zuständige Qualitätssicherungskommission, ob die apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis erfüllt sind und sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.

## **VI. Anforderungen an die ärztliche Dokumentation**

- Ich verpflichte mich zur Erstellung einer ärztlichen Dokumentation nach den Vorgaben des § 7, Anlage 1.

## **VII. Überprüfung der ärztlichen Dokumentation**

- Ich verpflichte mich zur Teilnahme an der Überprüfung nach § 8, welche sich auf die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Dokumentation der histopathologischen Befundung bezieht.

## **VIII. Allgemeines**

- Histopathologische Leistungen im Rahmen des Hautkrebs-Screening dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung histopathologischer Untersuchungen im Rahmen des Hautkrebs-Screenings durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung histopathologischer Untersuchungen im Rahmen des Hautkrebs-Screenings nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Datum

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