



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der histopathologischen Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebs-Screenings (gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie i. R. des Hautkrebs-Screening)

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift.

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

3. _____
(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen

(vgl. § 3 der QSV Histopathologie Hautkrebs-Screening)

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Pathologie**
Die Facharzturkunde liegt diesem Antrag bei.
und
- Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 15.000 histopathologischen Präparaten**
und
- davon mindestens 1.000 diagnostische Befundungen dermatohistologischer 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.**
Die Teilnahmebestätigung liegt diesem Antrag bei.

Oder

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ mit der Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“**
und
- Nachweis der persönlichen Befundung von mindestens 6.000 dermatohistologischen Präparaten,**
davon
- mindestens 1000 dermatohistologische Präparate innerhalb von 24 Monaten vor Antragstellung auf Genehmigung oder Nachweis einer fachspezifischen dermatohistologischen Fortbildung im genannten Zeitraum, die durch die 8 Fortbildungspunkte oder durch eine vom Umfang her entsprechende KV-zertifizierte Fortbildung belegt wird.**

III. Apparative Voraussetzungen und Archivierung

(vgl. § 11 Satz 1 Buchst. c i. V. m. § 4 der QSV Histopathologie Hautkrebs-Screening)

- 3.1. **Die Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Untersuchungen ist gewährleistet.**
- 3.2. **Die folgenden Archivierungsmöglichkeiten sind gewährleistet:**
 - › **Aufbewahren von formalinfixiertem Restgewebe für mindestens 6 Wochen**
 - › **Aufbewahren von Gewebeblöcken für mindestens 2 Jahre**
 - › **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 mindestens einmal nachzuweisen.

IV. weitere Anforderung für die Leistungsdurchführung

- Für Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, besteht als Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung die **persönliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten.** (vgl. § 5 der QSV Histopathologie Hautkrebs-Screening)
- Durchführung von Fallkonferenzen (vgl. § 6 der QSV Histopathologie Hautkrebs-Screening)
- Ärztliche Dokumentation entsprechend § 7 i. V. m. Anlage 1 der QSV Histopathologie Hautkrebs-Screening
- Überprüfung der ärztlichen Dokumentation entsprechend § 8 der QSV Histopathologie Hautkrebs-Screening

V. Erklärung/Verpflichtung

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

- die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die vorstehenden Daten zu meiner Person gemäß § 285 Abs. 1 SGB V zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahren erhebt,
- fehlende, unrichtige oder ungenaue Angaben sich nachteilig auf den Ausgang des Verwaltungsverfahrens auswirken können.

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KVBB die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis überprüfen kann.

VI. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden,
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift / Stempel Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.