

 <b>KV SAARLAND</b> <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	<b>Antrag</b>  <b>Molekulargenetik</b>	Bereich VP
		Stand 18.02.2021
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 4

**Bitte zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Versorgungsqualität und Patientensicherheit  
 Europaallee 7 – 9  
 66113 Saarbrücken

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen**

**Leistungserbringer/in**

\_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_  
LANR

Anschrift

@ E-Mail-Adresse

Telefonnummer

**Tätigkeitsart**

Ab/Seit: \_\_\_\_\_  niedergelassen  angestellt  ermächtigt  
 Gemeinschaftspraxis  Einzelpraxis  MVZ  Einrichtung

\_\_\_\_\_  
 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname

Teilnahme an  hausärztlicher Versorgung  fachärztlicher Versorgung

\_\_\_\_\_  
 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

**Tätigkeitsorte** (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

Anschrift \_\_\_\_\_  
BSNR

Anschrift \_\_\_\_\_  
BSNR

Anschrift \_\_\_\_\_  
BSNR

## **I. Fachliche Befähigung gemäß § 3 (1) zur Durchführung der Leistungen des Abschnittes 11.4.2 EBM**

Ich bin zum Führen der Facharztbezeichnung "Humangenetik" berechtigt.

oder

Ich bin zum Führen der Facharztbezeichnung "Laboratoriumsmedizin" berechtigt.

oder

Ich verfüge über die Zusatzbezeichnung "Medizinische Genetik".

oder

Ich bin Fachwissenschaftler der Medizin.

## **II. Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 4**

Ich werde der verantwortlichen ärztlichen Person ein Verzeichnis meiner Molekulargenetischen Leistungen sowie schriftliche Anweisungen für die fachgerechte Entnahme und Behandlung von Untersuchungsmaterial zur Verfügung stellen.

Ich werde der verantwortlichen ärztlichen Person indikationsbezogene Auftragshinweise bereitstellen um eine strukturierte Zusammenarbeit zu gewährleisten. Die Auftragshinweise werden mindestens die geforderten Informationen gemäß § 6 enthalten. Ebenso werde ich bei unklaren Konstellationen eine konsiliarische Erörterung zur Klärung der Indikationsstellung mit der verantwortlichen ärztlichen Person führen.

## **III. Interne und externe Qualitätssicherung gemäß § 5**

Ich gewährleiste die Umsetzung der internen Qualitätssicherung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK).

Ich gewährleiste die regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen gemäß Rili-BÄK. Die Ergebnisse werden von mir in der Jahresstatistik gemäß § 8 (1) Nr. 10 dokumentiert.

## **IV. Anforderung an die Indikationsstellung gemäß § 6**

Mir ist bekannt, dass die molekulargenetische Untersuchung erst dann durchgeführt werden darf, wenn die Indikationsstellung aus den Auftragshinweisen geprüft wurde und beurteilt werden kann. Darüber hinaus dürfen die im Anhang der Vereinbarung aufgeführten indikationsbezogenen molekulargenetischen Untersuchungen erst dann durchgeführt werden, wenn aus den vollständigen Auftragsunterlagen hervorgeht, dass die im Anhang aufgeführten Kriterien an die Indikationsstellung erfüllt sind.

## **V. Ärztliche Dokumentation gemäß § 7**

Ich verpflichte mich die Indikation, eine ggf. erfolgte konsiliarische Erörterung, die Durchführung sowie die Befundbeurteilung nachvollziehbar zu dokumentieren. Für die im Anhang aufgeführten indikationsbezogenen molekulargenetischen Untersuchungen werde ich die Erfüllung der Kriterien dokumentieren. Hierbei werde ich die Dokumentation gemäß den Anforderungen nach § 7 erstellen.

## VI. Jahresstatistik gemäß § 8

Ich verpflichte mich für alle molekulargenetischen Untersuchungen des Abschnittes 11.4.2 eine betriebsstättenbezogene Jahresstatistik gemäß § 8 zu erstellen.

Ich verpflichte mich, die nach § 8 erstellte Jahresstatistik in einem elektronischen Dokumentationsverfahren bis zum **31. März** des jeweiligen Folgejahres bei der Datenannahmestelle einzureichen.

## VII. Dem Antrag liegen Qualifikationsnachweise gemäß § 9 bei:

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung
- Zusatzbezeichnung oder der fakultativen Weiterbildung gemäß § 3
- Muster der Auftragshinweise gemäß § 6, die der verantwortlichen ärztlichen Person zur Verfügung gestellt werden
- Aufstellung der verwendeten Untersuchungsverfahren gemäß § 4, die der verantwortlichen ärztlichen Person zur Verfügung gestellt werden

Hinweis: Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung von Ärzten nach § 3, so kann die KVS die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Dasselbe gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist.

### Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Mir ist bekannt, dass eine Genehmigung nur mit der Auflage erteilt werden kann, dass die in den §§ 4 bis 8 festgelegten Anforderungen dauerhaft erfüllt werden.

Nachweise über die genannten Anforderungen gemäß §§ 4 bis 7 sind der KVS auf deren Verlangen vorzulegen.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen nur unter Beachtung des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen Gendiagnostikgesetz (GenDG) und dessen untergesetzlichen Normen erfolgen darf. Ebenso ist die Rili-BÄK einzuhalten.

Mir ist bekannt, dass die KVS im Falle möglicher Qualitätsdefizite- die sich aus der Jahresstatistik ergeben- eine schriftliche Stellungnahme anfordern kann und ggf. weitere qualitätssichernde Maßnahmen einleiten kann.

Mir ist bekannt, dass die KVS die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen Anforderungen in Ihrer Einrichtung daraufhin zu überprüfen, ob die Einrichtung den Bestimmungen dieser Vereinbarung entspricht.

Ich werde alle Auskünfte erteilen und alle erforderlichen Unterlagen vorlegen, die die Kassenärztliche Vereinigung zur Überprüfung ihrer sicherzustellenden und zu gewährleistenden Tätigkeiten benötigt.

Mir ist bekannt, dass gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland über die Gebührenordnung nach § 20 Abs. 2 der Satzung eine Gebühr zu zahlen ist.

**Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer/in

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel

Bei angestellten Ärzten:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin  
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

\_\_\_\_\_  
Stempel