

## Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der fachgebundenen genetischen Beratung

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**  
**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

- Ich bin niedergelassen.  
 Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_  
 Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.  
 Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_  
 Ich bin in einem MVZ tätig.  
 Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.  
 Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der ärztlichen Beratung von Schwangeren nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest auf den Rhesusfaktor (NIPT) und über einen nicht-invasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21**

### Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Frauenheilkunde und Geburtshilfe und

Ich weise die fachlichen Voraussetzungen durch die Vorlage von Nachweisen über die erfolgreiche Teilnahme an einer der nachfolgenden Fortbildungsmaßnahmen nach:

- Nachweis einer Qualifikationsmaßnahme unter Beteiligung einer Fachärztin oder eines Facharztes für Humangenetik oder einer Ärztin bzw. eines Arztes mit Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik im Umfang von 72 Fortbildungseinheiten, die die essentiellen Grundlagen der gesamten theoretischen Qualifikation zur und Inhalte der genetischen Beratung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG vermittelt. Die theoretische Qualifikationsmaßnahme kann mit einer Lernerfolgskontrolle abgeschlossen werden (fakultativ).

oder

ausschließlich für Fachärzte, die mindestens 5 Berufsjahre nach Anerkennung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt nachweisen können:

- Nachweis einer bestandenen Wissenskontrolle, die sämtliche in der Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission über die Anforderungen an die Qualifikation zur und Inhalte der genetischen Beratung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG umfasst.

Die Qualifikationsmaßnahme oder Teile davon können auch als persönliche Vorbereitung zur Wissenskontrolle genutzt werden.

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

Leistungen der ärztlichen Beratung von Schwangeren nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest auf den Rhesusfaktor (NIPT) und über einen nicht-invasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche schriftliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KVSA erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind grundsätzlich zu beachten.

Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ärztlichen Beratung von Schwangeren nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest auf den Rhesusfaktor (NIPT) und über einen nicht-invasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfangs wirksam.

Der/Die Unterzeichner/in versichert die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere zur Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung, den Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

---

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw.  
des angestellten Arztes

---

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden  
Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

---

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte