

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-284
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistungen

Vakuumbiopsie der Brust unter Röntgenkontrolle im Rahmen:

- GOP 34274, 34275 EBM - der kurativen Versorgung
- GOP 01759 EBM - des Mammographie-Screenings

Zur Ausführung und Abrechnung der Leistung nach GOP 01759 ist zusätzlich die Genehmigung zur Teilnahme am Mammographie-Screening nach Anlage 9.2 des BMV-Ä erforderlich.

Leistungsort

- Betriebsstätte
- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparatgemeinschaft
 - Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 - Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt
 - Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft inkl. Nutzungszeiten ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 3 i.V.m. § 12 der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust

Im Rahmen der kurativen Versorgung (GOP 34274, 34275 EBM)

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung und
- Nachweis durch Zeugnisse nach §12 Abs.1 über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung

Zum Inhalt der Zeugnisse beachten Sie bitte §§ 3 (2), 12 (1) QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust.



Fachliche Nachweise gemäß § 3 i.V. m. § 12 der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust

Im Rahmen des Mammographie-Screenings (GOP 01759 EBM)

- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung **und**
- Genehmigung für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä **oder**
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä

Zum Inhalt der Zeugnisse beachten Sie bitte §§ 3 (2), 12 (1) der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust.

Apparative Nachweise gemäß § 4 der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust

- Die folgenden apparativen Voraussetzungen werden erfüllt:
 - Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares
 - digitales Bild liefert
 - technikgestützte Nadelführung
 - Vakuumbiopsiesystem
 - Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11G oder dicker sowie passende Mikroklips
 - Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
 - Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung
 - Möglichkeit zur Reanimation und manuellen Beatmung

Angaben zur Röntgeneinrichtung

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr/ Datum Inbetriebnahme _____

- Biopsiefähiges digitales Mammographiesystem

Am Standort der Hauptbetriebsstätte / Nebenbetriebsstätte-Nr.: _____

Geräteeigentümer: _____

- Bestätigung über eine **Apparategemeinschaft** inkl. Nutzungszeiten ist beigelegt
(Bitte Formular „Apparategemeinschaft“ verwenden.)

- Sachverständigenprotokoll des TÜV bzw. Landesamtes für Mess- und Eichwesen über die radiologische Einrichtung (nicht älter als 5 Jahre)

und

- Anzeigebestätigung über die Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung der zuständigen Behörde (LAGetSi) nach StrlSchG **oder**
- Kopie der Anzeige der Inbetriebnahme einer Röntgeneinrichtung bei der zuständigen Behörde (LAGetSi) **und**
- Kopie der Meldung der Röntgeneinrichtung bei der Ärztlichen Stelle Röntgen **und**
- Es wird bestätigt, dass eine Untersagung der Inbetriebnahme der Röntgeneinrichtung durch die Behörde bisher nicht erfolgte.



VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend o.g. gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Abschnitt C der Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust**
u. a. Pflichten zur ärztlichen Dokumentation, Stichprobenprüfungen

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der vg. Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung zur Vakuumbiopsie entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 11 Abs. 3 QS-Vereinbarung Vakuumbiopsie.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller