



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 6 A  
14057 Berlin

☎ (030) 31003 - 562  
☎ (030) 31003 - 50730  
✉ QS-Team4@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings für den angestellten Krankenhausarzt**

gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (KFE-RL) in der derzeit gültigen Fassung und der Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der derzeit gültigen Fassung

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Krankenhausarzt, Vertretungsberechtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b> (wenn vorhanden)	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (wenn vorhanden)	<input type="text"/>
_____	_____
Name des Krankenhauses	Adresse

<b>Grund der Antragstellung</b>	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> erneute Antragstellung
<b>Genehmigung beantragt zum</b>	_____
	Datum
<input type="checkbox"/> (Folge-)Ermächtigung beim Zulassungsausschuss beantragt	
<b>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</b>	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt
<p><b>Bitte beachten Sie, dass für die erneute Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung zunächst die Folgeermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beim Zulassungsausschuss beantragt werden muss. Antragsformulare finden Sie auf der Internetseite der KV Berlin unter <i>Für die Praxis &gt; Zulassung &gt; Ermächtigung</i>.</b></p>	

Telefon (tagsüber) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_



### **Leistung**

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz (GOP 01758 EBM)
- Kostenpauschale für die ggf. erforderliche Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01752, 01756 und 01758 oder Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien (GOP 40852 EBM)

### **Tätigkeit**

- Chirurgisch       Radiologisch       Pathologisch

#### **Für die**

- Screening-Einheit 01, Kapweg 3, 13405 Berlin
- Screening-Einheit 02, Schönhauser Allee 118, 10437 Berlin
- Screening-Einheit 03, Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin
- Screening-Einheit 04, Schloßstraße 88, 12163 Berlin

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

### **Fachliche Nachweise gemäß § 29 Anlage 9.2 BMV-Ä (erstmalige Antragstellung)**

#### **Chirurgisch tätiger angestellter Krankenhausarzt**

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Chirurgie“, „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ oder „Plastische Chirurgie“
- Bescheinigung des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm

#### **Radiologisch tätiger angestellter Krankenhausarzt**

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Diagnostische Radiologie“ oder „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“
- Bescheinigung des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Technische Möglichkeit der radiologisch gezielten Lokalisation und der Präparateradiographie mit Vergrößerungstechnik

#### **Pathologisch tätiger angestellter Krankenhausarzt**

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Pathologie“
- Bescheinigung des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Nachweis über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Beurteilung der histopathologischen Präparate



### **Fachliche Nachweise gemäß § 29 Anlage 9.2 BMV-Ä (erneute Antragstellung)**

Die Erfüllung der nachfolgend genannten Auflagen muss mit Beginn des Ermächtigungszeitraumes jeweils innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten nachgewiesen worden sein. Sofern entsprechende Nachweise für den vorangegangenen Ermächtigungszeitraum von Ihnen noch nicht eingereicht worden sind, fügen Sie diese bitte diesem Antrag bei.

#### **Chirurgisch tätiger angestellter Krankenhausarzt**

Nachweise über die Erfüllung der Auflage aus dem Ermächtigungsbeschluss

- Selbstständige Durchführung von mindestens 50 primären Brustkrebsoperationen
- Teilnahme an mindestens 20 multidisziplinären Fallkonferenzen

#### **Radiologisch tätiger angestellter Krankenhausarzt**

Nachweise über die Erfüllung der Auflage aus dem Ermächtigungsbeschluss

- Selbstständige Durchführung von mindestens 25 präoperativen Markierungen
- Teilnahme an mindestens 20 multidisziplinären Fallkonferenzen

#### **Pathologisch tätiger angestellter Krankenhausarzt**

Nachweise über die Erfüllung der Auflage aus dem Ermächtigungsbeschluss

- Selbstständige Beurteilung von mindestens 50 Mammakarzinomen
- Teilnahme an mindestens 20 multidisziplinären Fallkonferenzen

### **Zustimmung zur Aufnahme der Tätigkeit für die o.g. Screening-Einheit durch mindestens einen der Programmverantwortlichen Ärzte der jeweiligen Screening-Einheit**

Dem oben genannten Antrag von Frau/Herrn \_\_\_\_\_  
zur Aufnahme der Tätigkeit für die im Antrag benannte Screening-Einheit gemäß § 16 Abs. 1  
der Anlage 9.2 BMV-Ä wird zugestimmt.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
1. Programmverantwortlicher Arzt/Stempel

\_\_\_\_\_  
ggf. 2. Programmverantwortlicher Arzt/Stempel



### **Verpflichtungen und Hinweise**

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

- die jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und den Bestimmungen der Anlage 9.2 BMV-Ä
- die Teilnahme an den in der Anlage 9.2 BMV-Ä festgelegten Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen des Mammographie-Screenings erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung 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 der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien und den Bestimmungen der Anlage 9.2 BMV-Ä. 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)