



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

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

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings für den befundenden Arzt**

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

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

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p> <p>_____</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p> <p>_____</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung</p> <p><input type="checkbox"/> Anstellung</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis</p> <p><input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik</p> <p><input type="checkbox"/> üBAG</p> <p>_____</p> <p>Name des Krankenhauses</p>										

<p>Genehmigung beantragt zum</p> <p>_____</p>	<p>Datum</p>
<p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p> <p>_____</p>	<p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>

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



### Leistung

- Befristete Genehmigung
- Unbefristete Genehmigung

Bitte beachten Sie, dass die unbefristete Genehmigung nur erteilt werden kann, wenn zuvor eine befristete Genehmigung erteilt worden ist.

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

### Screening-Einheit

- 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 fachlichen 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 § 25 Anlage 9.2 BMV-Ä

#### Befristete Genehmigung

- Nachweis über die fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der „kurativen Mammographie“ gemäß der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Bescheinigung des Referenzzentrums über die Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm
- Nachweis über die Teilnahme an dem Fortbildungskurs zur Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen
- Bescheinigung über die Tätigkeit von mindestens 40 Stunden an fünf aufeinanderfolgenden Arbeitstagen in einem Referenzzentrum
- Bescheinigung der erfolgreichen Teilnahme an einem anerkannten Kurs zur Aktualisierung der Strahlenschutz-Fachkunde nach § 48 StrlSchV (§ 18a Abs. 1 und 2 RöV)

Bitte beachten Sie die in der Anlage 9.2 BMV-Ä definierte Kursreihenfolge.



Unbefristete Genehmigung

- Nachweis über die Befundung der Screening-Mammographiefraufnahmen von mindestens 3.000 Frauen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms.  
Die Aufnahmen müssen gemäß § 25 Abs. 3 a Anlage 9.2 BMV-Ä zusätzlich durch den Programmverantwortlichen Arzt befundet werden (Supervision).
- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographiefraufnahmen zum Nachweis der fachlichen Befähigung

Zustimmung zur Aufnahme der Tätigkeit durch den Programmverantwortlichen Arzt

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**
- **die Teilnahme an den 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 des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. Anlage 9.2 BMV und der KFE-RL. 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)