



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 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

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Krankenhausarzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR) (wenn vorhanden)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
Lebenslange Arztnummer (LANR) (wenn vorhanden)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
_____	_____									
Name des Krankenhauses	Adresse									

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> erneute Antragstellung
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
<input type="checkbox"/> (Folge-)Ermächtigung beim Zulassungsausschuss beantragt	
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt
<p><i>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 Für die Praxis > Zulassung > Ermächtigung.</i></p>	

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz (GOP 01758 EBM)
- 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

Tätigkeit

- Chirurgisch Radiologisch Pathologisch
- 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

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

Radiologisch tätiger angestellter Krankenhausarzt

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

Pathologisch tätiger angestellter Krankenhausarzt

- 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 des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben 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)