

Arztstempel
-------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Vakuumbiopsie der Brust

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

### Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte


### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Ermächtigter Arzt    Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen:

\_\_\_\_\_ Name, Telefonnummer, E-Mail

## Fachliche Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Radiologie / Diagnostische Radiologie / Radiologische Diagnostik

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

## Qualifikationsnachweise

### Voraussetzungen

- Facharzturkunde
- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie
- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung der letzten 2 Jahre vor Antragsstellung

### oder

- Genehmigung für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä oder Genehmigung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs.3 Anlage 9.2 BMV-Ä
- Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung der letzten 2 Jahre vor Antragsstellung
- Bescheinigung über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde gemäß Strahlenschutzverordnung (Fachkunde für den Bereich Notfalldiagnostik ist nicht ausreichend und ggf. Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz, vgl. §§ 47 und 48 Strahlenschutzverordnung)
- Bestätigung über die Anzeige zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 19 Strahlenschutzgesetz, ausgestellt durch die zuständige Behörde für Justiz und Verbraucherschutz – Amt für Arbeitsschutz (entfällt bei angestellten Ärzten)  
Alternativ: Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung nach § 12 StrlSchG

**Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen**

## Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sind:

- Mammographieeinrichtung, deren Stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares Bild liefert
- technikgestützte Nadelführung
- Vakuumbiopsiesystem
- Vakuumbiopsienadeln mit einer Nadeldicke von 11 G oder dicker sowie passende Mikroclips
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Möglichkeit zur Infusions- und Schockbehandlung, Reanimation und manuellen Beatmung

## Apparative Ausstattung

Für die Durchführung von Vakuumbiopsien der Brust wird folgende Apparatur verwendet:

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

Gerätebezeichnung:	
KV Reg.-Nr.:	
Standort BSNR:	

- Das Gerät ist / die Geräte sind der KV Hamburg noch nicht gemeldet. Der / die aktuell gültige / n Prüfbericht / e zur Sachverständigenprüfung (TÜV-Prüfbericht) liegt / liegen diesem Antrag bei.
- Das Gerät wird / die Geräte werden im Rahmen einer Apparategemeinschaft genutzt. Das Formular "Apparategemeinschaft" liegt ausgefüllt und von den Betreibern / Nutzern unterschrieben diesem Antrag bei.
- Das Gerät / die Geräte sind Eigentum von \_\_\_\_\_

## Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

**Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:**

- Die KV Hamburg überprüft jährlich, ob mindestens 25 Vakuumbiopsien selbständig von mir durchgeführt wurden.
- Dass ich gegenüber der KV Hamburg jährlich in geeigneter Weise (z. B. Befundberichte) nachzuweisen habe, dass die mind. 25 geforderten Vakuumbiopsien von mir selbständig durchgeführt wurden.

- Dass die KV Hamburg in zweijährigen Abständen die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von 10 abgerechneten Fällen auf ihre Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft. Die erste Überprüfung findet innerhalb von 12 Monaten nach Erteilung dieser Genehmigung statt.
- Dass ich dazu verpflichtet bin, jährlich eine Auflistung aller im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Vakuumbiopsien mit den Angaben zur Indikation und abschließender histologischer Befundung bei der KV Hamburg einzureichen.

## **Dokumentationspflicht**

Der Arzt ist für die vollständige schriftliche und bildliche Dokumentation der Indikation und der Durchführung der Vakuumbiopsie verantwortlich.

## **Weitere Anforderungen**

- Ich bestätige, dass ich
  - gemäß § 85 Abs. 1 StrlSchG die Aufzeichnungspflicht einhalten und die Aufzeichnungen sowie Aufnahmen nach § 85 Abs. 2 StrlSchG aufbewahren werde und erkläre mich einverstanden, dass diese Aufzeichnungen jederzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingesehen werden können.
  - dafür Sorge trage, dass geeigneter Strahlenschutz für Personal und Patienten vorhanden ist.
  - die Bescheinigung über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß § 48 Strahlenschutzverordnung nach Ablauf der 5-jährigen Frist termingerecht bei KV Hamburg einreichen werde.
  - mich damit einverstanden erkläre, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die Erfüllung der operativen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust entsprechen.

## **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust)

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

**Hinweis:** Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Angestellten

**Unterschriftenformular zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriften Bevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel