



Qualitätssicherung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Vakuumbiopsie(n) der Mamma

Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung der Vakuumbiopsie der Brust im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (EBM-Nummer 34274)

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ e-mail _____

Anschrift des Standortes:

Vertragspraxis¹ _____

MVZ¹ _____

Klinik / Institut¹ _____

Telefon: _____ Fax: _____

Betriebsstättennummer²: _____

Nebenbetriebsstättennummer(n)²: _____

Leistungsspektrum

- EBM-Nummer 34274³**
Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34 270

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ zu stellen.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

³ Bitte beachten Sie, dass es sich bei der EBM-Nummer 34274 um eine Zuschlagsnummern zu der EBM-Nummer 34270 handelt. Eine Durchführung und Abrechnung der Vakuumbiopsie der Brust setzt somit zwingend die Abrechnungsgenehmigung der EBM-Nummer 34270 voraus. Bitte verwenden Sie zur Beantragung dieser Abrechnungsgenehmigung das gesonderte Antragsformular.

Grundlage ist Abschnitt B der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust vom 12. August 2009, in der Fassung vom 1. Januar 2011:

Fachliche Befähigung nach § 3

Die fachliche Befähigung gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie-Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ja / nein
- Nachweis über die selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung **ist beigefügt** ja / nein

Apparative Voraussetzungen nach § 4

- eigene Praxis mit BSNR _____ NBSNR _____
- an anderer Stelle mit BSNR _____ NBSNR _____
- Gemeinschaftliche Nutzung mit: BSNR _____ NBSNR _____

Ich bestätige, dass nachfolgende apparativen Voraussetzungen gemäß § 4 die derzeit gültige Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust erfüllen:

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung sind vorhanden ja / nein
- Möglichkeit zur Infusions- und Schockbeatmung, Reanimation und manuellen Beatmung ist vorhanden ja / nein
- Vom Hersteller bzw. der Lieferfirma ausgefüllte Apparateformular ist diesem Antrag ausgefüllt und unterschrieben beigefügt ja / nein

Allgemeine Hinweise:

- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

- Bei Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung sind vom Genehmigungsinhaber die Anforderungen an die Indikationsstellung, die Durchführung und die ärztliche Dokumentation nach Abschnitt C, §§ 5-7, der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust vom 12. August 2009, in der Fassung vom 1. Januar 2011, zu erfüllen.
- Nach § 8 der betreffenden Vereinbarung besteht für Ärzte, welche über eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung dieser Leistungen verfügen, die Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (von mindestens 25 Vakuumbiopsien innerhalb eines Zeitraumes von jeweils 12 Monaten) selbständig durchzuführen. Der Arzt hat in geeigneter Weise nachzuweisen, dass er die Auflage innerhalb der festgelegten Zeiträume erfüllt. Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Vakuumbiopsien können auf die nachzuweisenden Zahlen angerechnet werden.
- Gemäß § 9 der betreffenden Vereinbarung überprüft die Kassenärztliche Vereinigung die ärztliche Dokumentation. Hierzu fordert diese in zweijährigen Abständen die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von 10 abgerechneten Fällen an. Die erste Überprüfung findet innerhalb von 12 Monaten nach Erhalt der Genehmigung statt.

Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Einrichtung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

Vertragsarztstempel

.....
Unterschrift des Antragsstellers

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.
Unterschrift des anstellenden Arztes