

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/356688](http://www.kv-rlp.de/356688)

**A N T R A G**  
**zur Ausführung und Abrechnung von Vakuumbiopsien der Brust**  
**unter Röntgenkontrolle**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

**I. Angaben zum Leistungserbringer**

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Untersuchungsumfang – Bitte je Betriebsstätte ausfüllen

Ich beantrage folgende Leistung:

Betriebsstätte .....

Betriebsstätten-Nr. ....

Straße, Hausnummer .....

PLZ Ort .....

### **GOP EBM**

- 34274 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270 für Vakuumstanzbiopsie(n) der Mamma
- 34275 Durchführung einer Mammographie in einer Ebene im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 34274

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Vakuumbiopsien der Brust wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.**

- ja (bitte Bescheid beifügen)                       nein

**Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?**

- ja     nein

Folgende Voraussetzungen werden erfüllt: (Nachweis durch Zeugnisse/Bescheinigungen erforderlich.)

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kurativen Mammographie nach der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

**und**

- selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung.

**oder**

- Genehmigung für den Versorgungsauftrag nach § 4 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

**oder**

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle nach § 27 Abs. 3 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

**und**

- selbständige Indikationsstellung und Durchführung von 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und von 25 Vakuumbiopsien unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung.

**Bitte Urkunden sowie Zeugnisse usw. beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen!**

#### **IV. Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung**

Für Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt worden ist, besteht die folgende Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:

- Selbständige Durchführung von mindestens 25 Vakuumbiopsien innerhalb eines Zeitraumes von jeweils 12 Monaten.
- In zweijährigen Abstand wird die Dokumentation auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft.
- Der Arzt hat jährlich eine Auflistung aller Vakuumbiopsien zu erstellen, aus der die Indikation und abschließende histopathologische Befund hervorgehen muss.

#### **V. Allgemeines**

- Vakuumbiopsien der Brust dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Vakuumbiopsien der Brust nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)

**Sofern die apparative Einrichtung eines Krankenhauses, Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Vertragsarztpraxis genutzt wird, bitten wir Sie dies mit Unterschrift und Stempel bestätigen zu lassen.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel MVZ, Institut

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des anstellenden  
Vertragsarztes