

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Mammographien

### Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

### Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab: _____	
Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

### Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

### Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/mammographie-kurativ](http://www.kvbawue.de/mammographie-kurativ)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- |  |        |
|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Mammographie kurativ              | {MAK1} |
| <input type="checkbox"/> Zuschlag Markierung, Stanzbiopsie | {MAK2} |

### Fachliche Befähigung gemäß § 3

- Ich verfüge über die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 47 StrISchV.
- Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung „Radiologie“ oder der Gebietsbezeichnung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ mit der Zusatzbezeichnung „Röntgendiagnostik der Mamma“ berechtigt.
- Ich habe unter Anleitung bei mindestens 500 Patientinnen die Palpation und die Inspektion der Mammae vorgenommen.
- Ich habe unter Anleitung in mindestens 500 Fällen die selbstständige Befundung der Mammographien vorgenommen.
- Ich habe bei mindestens 100 Patientinnen die persönliche Einstellung des Strahlengangs vorgenommen.

#### Hinweis:



Untersuchungen, Befundungen und Einstellungen des Strahlengangs, die während der Facharztweiterbildung erbracht wurden, werden anerkannt.

**Bitte entsprechende Nachweise in Kopie beifügen.**

### Eingangsprüfung gemäß § 3

Gemäß § 3 Abs. 1 d muss jeder Arzt, der eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung mammographischer Leistungen erhalten will, an der Beurteilung der Fallsammlung nach Abschnitt C erfolgreich teilgenommen haben.

Die Teilnahme ist verpflichtend, wobei die Beurteilung in der Kassenärztlichen Vereinigung stattfindet.

- Hiermit melde ich mich zur Beurteilung der Fallsammlung an.

### **Auflagen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung gemäß § 3**

Zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung verpflichte ich mich gemäß § 3 Abs. 2 a – c zur Erfüllung folgender Auflagen:

Teilnahme an der Beurteilung von Mammographieaufnahmen einer Fallsammlung nach Abschnitt D

Teilnahme an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach Abschnitt E

Aktualisierung der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde nach § 48 StrlSchV

### **Apparative Ausstattung gemäß § 4**

Leistungen der kurativen Mammographie dürfen nur von Ärzten ausgeführt werden, die durch Vorlage einer Bestätigung der Hersteller-/Lieferfirma nachgewiesen haben, dass die von ihnen verwendete apparative Ausstattung den in Anlage I der Mammographie-Vereinbarung aufgeführten Mindestanforderungen entspricht.

Diese Mindestanforderungen gelten für jeden Arbeitsplatz.

Bitte lassen Sie hierzu das beigefügte Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung in Mammographie“ von der Hersteller-/Lieferfirma ausfüllen und an uns weiterleiten.



Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte unterschriebene Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung in der Mammographie“

ist dem Antrag als Anlage beigefügt.

wurde nachgewiesen durch:

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

**und liegt der KV Baden-Württemberg bereits vor.**

**Sollte der Nachweis älter als 5 Jahre sein, ist ein aktueller Gerätenachweis erforderlich.**

## Erklärung

### Meldung gemäß § 129 Abs. 1 StrlSchV

Der Betrieb Ihrer Röntgeneinrichtung ist, ggf. für jeden Standort, der Ärztlichen Stelle bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg anzuzeigen. Diese Anmeldung kann durch die Verwaltung Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung erfolgen, wenn Sie dieser nachfolgend den Auftrag hierzu erteilen.

- Hiermit beauftrage ich die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, meine Röntgeneinrichtung, ggf. für jeden Standort, bei der Ärztlichen Stelle, Jahnstr. 40, 70597 Stuttgart, anzumelden. Ich bin damit einverstanden, dass zu diesem Zweck eine Kopie dieses Antragsformulars sowie der Bestätigung der Hersteller-/Lieferfirma dorthin weitergeleitet wird.

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.



### Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

### Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code