

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von Leistungen der Abklärungskolposkopie nach der  
Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

**Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.**

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

### Fachliche Voraussetzungen gemäß § 3

Die fachlichen Voraussetzungen werden vom Antragsteller / dem beim Antragsteller tätigen Arzt nachgewiesen durch:

1. Facharzturkunde für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - Die Urkunde liegt der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
  - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.
2. Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem Basiskolposkopiekurs von 8 Stunden und einem Fortgeschrittenenkurs von 14 Stunden
  - oder**
  - einer in Inhalt und Umfang gleichwertigen Qualifikation **und** Nachweis von Kenntnissen (z.B. Fort- und Weiterbildung) über operative Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen
  - und**
  - Durchführung von mind. 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva **und** davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten (Anlage 1)
  - oder**
  - eine klinische Tätigkeit, insbesondere in der kolposkopischen Diagnostik über mind. 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einer Einrichtung mit Schwerpunkt Diagnostik abnormer Befunde von Portio, Vagina und Vulva in den letzten 24 Monaten

### Nachweis apparativer und räumlicher Anforderungen gemäß § 4

Die Durchführung der Abklärungskolposkopie erfolgt:

- in meiner Praxis unter der Anschrift:

BSNR: \_\_\_\_\_

**und/oder**

- außerhalb meiner Praxis unter der Anschrift:

- Die Praxis verfügt über einen gynäkologischen Stuhl.

- Kolposkop** mit mind. 2 Vergrößerungsstufen zwischen 7- bis 15-fach **und** einer Lichtquelle. Analoge Geräte müssen eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung ermöglichen. Digitale Geräte müssen in Bildqualität und Auflösung mindestens dem Standard der analogen Geräte entsprechen.

**Herstellerfirma:** \_\_\_\_\_

**Kolposkop-Bezeichnung:** \_\_\_\_\_

**Baujahr:** \_\_\_\_\_

**Vergrößerungsstufen/  
Vergrößerungen:** \_\_\_\_\_

**(Zutreffendes bitte  
ankreuzen)**

- |   | erfüllt                  |
|---|--------------------------|
| <b>1. Analoges Gerät</b>  |                          |
| Binokulare Befundung/Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit  | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Analoges-Digitales-Kombisystem</b>  |                          |
| Binokulare Befundung/Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit (digitales Foto- oder Videokolposkop)                             | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Digitales Gerät</b>   |                          |
| Keine binokulare Befundung/Beurteilung (Videokolposkop) möglich   | <input type="checkbox"/> |
| Befundung/Beurteilung via Monitor mit digitaler Aufzeichnungsmöglichkeit  | <input type="checkbox"/> |
| Nachweis bzw. Produktinformation (technisches Datenblatt) vom Hersteller/Vertreiber über die Ausstattungsmerkmale ist beigefügt | <input type="checkbox"/> |
| Pseudonymisierte Bilddatei und nach Möglichkeit ein geeigneter Bildausdruck eines abnormen Befundes ist beigefügt.              | <input type="checkbox"/> |

### Nachweis organisatorischer Anforderungen gemäß § 5

**Mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen (Kopie) weise ich Folgendes nach:**

- mind. eine Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist.

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie zur korrekten Durchführung der Abklärungskolposkopie gemäß § 6 sowie die folgenden Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zu erfüllen:
  - jährlicher Nachweis von mind. 100 Abklärungskolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mind. 30 histologisch gesicherten Fällen intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten
  - jährlicher Nachweis der regelmäßigen Teilnahme (mind. 2 Mal pro Halbjahr) an interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. Tumorkonferenzen), durch persönliche Anwesenheit oder in begründeten Ausnahmefällen per Videokonferenz. Alternativ können 10 Fortbildungspunkte themenbezogen in 2 Jahren anerkannt werden.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung bzw. auch während des Bestands einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung am Ort der Leistungserbringung durchzuführen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in der Betriebsstätte, in der die Abklärungskolposkopien durchgeführt werden, zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend die räumliche, apparative und organisatorische Ausstattung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die KVSA im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte

## Persönlicher Nachweis

gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 der QS-Vereinbarung **Abklärungskolposkopie**

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten selbstständig durchgeführt habe.

Ich bin einverstanden, dass im Einzelfall Einsicht durch die Kassenärztliche Vereinigung in die pseudonymisierte Befunddokumentation genommen werden kann. Die Dokumentation wird in der Praxis aufbewahrt.

---

Name, Vorname des Arztes

---

Gebietsbezeichnung

---

Lebenslange Arztnummer

---

Datum / Unterschrift