

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Abklärungskolposkopie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. D § 8 Abs. 4-6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie (QSV) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 01. Januar 2020

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Qualitätssicherung
Team 1

Karola Reichert
Tel 06924741-6673

Anna Wandrei
Tel 069 24741-6094

Fax 069 24741-68819
qs.fb1.8@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG

_____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ

_____ BSNR _____
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt

_____ BSNR _____
Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung

_____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent

_____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

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

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/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen:

- **Gemäß §§ 3, 8 Abs. 2 der QSV weise ich die nachfolgend aufgeführten fachlichen Voraussetzungen nach:**
 - Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“
und
 - 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 über die Durchführung von mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherter Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten
(Zur Dokumentation stellen wir Ihnen das Formular „Persönlicher Einzelnachweis“ unter: <https://www.kvhessen.de/genehmigung/abklaerungskolposkopie> zur Verfügung.)
oder
 - Nachweis über die Durchführung einer klinischen Tätigkeit, insbesondere in der kolposkopischen Diagnostik über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einer Einrichtung mit dem Schwerpunkt Diagnostik abnormer Befunde von Portio, Vagina und Vulva in den letzten 24 Monaten
und
 - Nachweis über Kenntnisse (z.B. Fort- und Weiterbildung) operativer Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen
- **Alternativ gelten die fachlichen Voraussetzungen als erfüllt, weil ich ein Zertifikat der Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) OnkoZert über die Erfüllung der fachlichen Anforderungen an eine Dysplasie-Sprechstunde bzw. Dysplasie-Einheit erworben habe.**

(Bitte entsprechende Nachweise unbedingt - als Kopie - beifügen, sofern noch nicht bei der KV Hessen eingereicht!)

Apparative und räumliche Anforderungen

Gemäß § 4 der QSV werden die nachfolgenden apparativen und räumlichen Anforderungen erfüllt:

- Kolposkop mit mindestens zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7- und 15-fach sowie einer Lichtquelle
und
- Analoge Geräte müssen eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung ermöglichen. Digitale Geräte müssen in Bildqualität und Auflösung mindestens dem Standard der analogen Geräte entsprechen.
(Bitte Anlage zum Antragsformular „Gerätenachweis zur Durchführung der Abklärungskolposkopie“ ausfüllen und den Antragsunterlagen beifügen.)
und
- Die Praxis ist mit einem gynäkologischen Stuhl ausgestattet (räumliche Anforderung, vgl. § 4 Abs. 3 QSV).

Organisatorische und weitere Anforderungen

- Gemäß § 5 der QSV wird die nachfolgende organisatorische Anforderung erfüllt:
Nachweis mindestens einer Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist.
(Name und Anschrift der Kooperationspartner)

1. _____

2. _____

3. _____

- Die Weiteren Anforderungen und Verpflichtungen werden erfüllt:

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass nach § 7 Abs. 1 der QSV folgende Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung bestehen:

- Nr. 1
Jährlicher Nachweis von mindestens 100 Abklärungskolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherten Fällen intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten.

Anlage zum Antragsformular
„Gerätenachweis zur Durchführung der Abklärungskolposkopie“
nach § 4 Abs. 1 und 2 der QSV Abklärungskolposkopie

Für die Durchführung der beantragten Abklärungskolposkopie wird das folgende Gerät eingesetzt:

Hersteller/ Firma:

(Adresse)

Kolposkop-Bezeichnung:

(vollständige Herstellerangaben)

Baujahr:

Vergrößerungsstufen/ Vergrößerungen:

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Analoges Gerät

erfüllt

Binokulare Befundung/ Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit

2. Analoges-Digitales Kombisystem

Binokulare Befundung/ Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit
(digitales Foto- oder Videokolposkop)

3. Digitales Gerät

- Keine binokulare Befundung/ Beurteilung (Videokolposkop) möglich

- Befundung/ Beurteilung via Monitor mit digitaler Aufzeichnungsmöglichkeit

- Nachweis bzw. Produktinformation (technisches Datenblatt) vom Hersteller/ Vertreiber
über die Ausstattungsmerkmale ist beigefügt

- Pseudonymisierte Bilddatei und nach Möglichkeit ein geeigneter Bildausdruck eines
abnormen Befundes ist beigefügt

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**

.....
Stempel

Stand: März 2022