

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

Name:

LANR: (soweit bereits bekannt)

BSNR: (soweit bereits bekannt)

Telefon / Telefax:

E-Mail Adresse:

Privatanschrift

Praxisanschrift

.....

.....

.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei

.....

I. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 3 QSV Abklärungskolposkopie

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

1. Facharzturkunde "Frauenheilkunde und Geburtshilfe"
oder: Urkunde liegt der KV Nordrhein bereits vor

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 (Nachweis über Kursinhalte gemäß Anlagen 1 und 2 QSV ist beigefügt)

z.B. Kolposkopiediplom der Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie e.V. (AG CPC) in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (Nachweis über Diplom ist beigefügt)

3. Nachweis von mind. 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
(Persönlicher Einzelnachweis gemäß Anlage 3 ist beigefügt)

oder

klinische Tätigkeit, insbesondere in der kolposkopischen Diagnostik über mindestens 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einer Einrichtung mit Schwerpunkt Diagnostik abnormer Befunde von Portio, Vagina und Vulva in den letzten 24 Monaten (Nachweis ist beigefügt)

4. Kenntnisse (z.B. Fort- und Weiterbildung) operativer Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen
(Nachweise sind beigefügt / kein gesonderter Nachweis erforderlich bei Vorlage eines Kolposkopiediploms)

Alternativ: Nachweis der fachlichen Befähigung durch die Vorlage eines gültigen Zertifikates der Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert über die Erfüllung der von DKG, AG CPC, AGO, DGGG und DKG definierten fachlichen Anforderungen an eine Dysplasie-Sprechstunde bzw. einer Dysplasie-Einheit

II. **Apparative und räumliche Voraussetzungen gemäß § 4 QSV Abklärungskolposkopie**

Die folgenden apparativen und räumlichen Voraussetzungen werden erfüllt

1. Es werden die in dem Gerätenachweis aufgeführten Kolposkope verwendet (Gerätenachweis ist beigefügt).
2. Die Praxis verfügt über einen gynäkologischen Stuhl.

III. **Organisatorische Anforderungen gemäß § 5 QSV Abklärungskolposkopie**

Nachweis über mindestens eine Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist
(Nachweis über Kooperationsvereinbarung ist beigefügt)

IV. **Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 7 QSV Abklärungskolposkopie**

Ich verpflichte mich, folgende Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung zu erfüllen:

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

(kein Nachweis erforderlich bei Vorlage eines gültigen Zertifikats einer Dysplasie-Sprechstunde bzw. Dysplasie-Einheit)

2. Jährlicher Nachweis der regelmäßigen Teilnahme (mindestens 2x pro Halbjahr) an interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. Tumorkonferenzen)

oder

Nachweis über 10 Fortbildungspunkte themenbezogen in 2 Jahren (Für das Selbststudium von Fachliteratur können keine Fortbildungspunkte anerkannt werden.)

V. Verpflichtung, die Anforderungen an die Durchführung der Abklärungskolposkopie zu erfüllen.

Ich verpflichte mich, die Leistungen und Befundung der Abklärungskolposkopie gemäß § 6 der QSV Abklärungskolposkopie zu erbringen.

VI. Einverständniserklärung zur Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten

Ich bestätige, dass die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in meiner Praxis den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie entsprechen und bin zur Überprüfung dieser Anforderungen mit einer Begehung meiner Praxisräume durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung beauftragte Qualitätssicherungskommission einverstanden.
Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung versagt oder widerrufen werden kann.

VII. Einverständniserklärung zur Veröffentlichung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung nach Erteilung der Genehmigung meinen Namen, den Namen meiner Praxis sowie die Anschrift meiner Praxis in einer gesonderten Übersicht auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein veröffentlicht. Der Veröffentlichung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprochen werden.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle sich auf die QSV Abklärungskolposkopie beziehenden Änderungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich mitteilen werde.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Vertragsarztstempel
des Antragsstellers

.....
Ggf. Unterschrift des anstellenden
Arztes / des Ärztlichen Leiters des MVZ