



**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

2. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

3. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

4. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Abklärungskolposkopie GOP 01765

## 3. Fachliche Voraussetzungen

vgl. §§ 3, 8 Abs. 2 QSV

- 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 (z.B. Kolposkopiediplom der AG CPC)
- 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**  
(Im Formular „*Persönlicher Einzelnachweis*“ dokumentieren und einreichen. Formular finden Sie unter [www.kvb.de / Praxis / Qualität / Qualitätssicherung / A / Abklärungskolposkopie](http://www.kvb.de/Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/A/Abklärungskolposkopie))
- oder
- Nachweis über die Durchführung einer **klinischen 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**
- und
- Nachweis über **Kenntnisse operativer Verfahren** bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen (z.B. Fort- und Weiterbildung wie Kolposkopiediplom der AG CPC)
- Alternative** zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen:  
Nachweis über eine **zertifizierte Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunde/Dysplasie-Einheit** der Zertifizierungsstelle OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG)  
Das Zertifizierungssystem wurde von der DKG, der AG-CPC, der AGO und der DGGG initiiert.

#### 4. Apparative und räumliche Voraussetzungen

- Als **Anlage** zum Antrag wird eine **Gewährleistungserklärung** vorgelegt, in der bestätigt wird, dass das verwendete Kolposkop die apparativen Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 und 2 QSV erfüllt.
- Verwendete Kolposkope müssen über mindestens zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7- und 15-fach und eine Lichtquelle verfügen. Analoge Geräte müssen eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung ermöglichen.
- Folgende räumliche Anforderungen werden erfüllt**, vgl. § 4 Abs. 3 QSV:
- Die Praxis ist mit einem **gynäkologischen Stuhl** ausgestattet.

#### 5. Organisatorische Voraussetzungen

vgl. § 5 QSV

- Folgende organisatorische Anforderungen werden erfüllt:
- Eine **Kooperationsvereinbarung** mit folgender **Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist**, liegt vor:  
(Bitte Name und Adresse der Einrichtung eintragen)

---

---

---

#### 6. Weitere Anforderungen

vgl. § 7 QSV und Anhang zum Antrag

- Mir / dem beim Antragssteller tätigen Arzt ist bekannt, dass folgende **Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung** bestehen:
- **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**.
  - **Jährlicher Nachweis** der **regelmäßigen Teilnahme** (mindestens 2 Mal pro Halbjahr) an **interdisziplinären Fallkonferenzen** (z.B. Tumorkonferenzen). Die Teilnahme kann durch persönliche Anwesenheit oder in begründeten Ausnahmefällen per Videokonferenz erfolgen. Alternativ können 10 Fortbildungspunkte themenbezogen in 2 Jahren anerkannt werden. Für das Selbststudium von Fachliteratur können keine Fortbildungspunkte anerkannt werden.
- Können die Nachweise nach Ablauf von weiteren 12 Monaten auf die genannten Zeiträume erneut nicht geführt werden, wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistung widerrufen.
- Mir / dem beim Antragsteller tätigen Arzt ist bekannt, dass bei der Durchführung und Abrechnung **kolposkopischer Leistungen zur Früherkennung von Zervixkarzinomen** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zusätzlich die **Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme** des Gemeinsamen Bundesausschusses (**oKFE-RL**) einzuhalten sind. Diese setzt insbesondere voraus, dass sämtliche abgerechneten **Abklärungskoloskopien elektronisch dokumentiert werden** müssen, vgl. Teil III § 9 Abs. 1 oKFE-RL. Die vollständige Dokumentation ist Voraussetzung zur Abrechnung der Früherkennungsmaßnahme.

- Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der QSV entsprechen, vgl. § 8 Abs. 5 Satz 2 QSV. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt, § 8 Abs. 5 Satz 3 QSV. **Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.**

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**


**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigelegt
1) Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „ <b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b> “	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an dem geforderten <b>Basis- und Fortgeschrittenenkurs</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nachweis über die Durchführung der geforderten <b>Mindestanzahlen der Untersuchungen</b> (dokumentiert im Formular „ <i>Persönlicher Einzelnachweis</i> “)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nachweis über <b>Kenntnisse operativer Verfahren</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Alternative zu 2) und 4):</u> Nachweis über ein „Kolposkopiediplom“ der AG CPC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Alternative zu 1), 2), 3) und 4):</u> Nachweis über eine zertifizierte Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunde/Dysplasie-Einheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) <b>Gewährleistungserklärung</b> für das Kolposkop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Faxnummer: 089/ 57093-61299  
E-Mail: [QS-Team-DMP@kvb.de](mailto:QS-Team-DMP@kvb.de)

**Anlage zum Antrag**  
**Gewährleistungserklärung zu den apparativen Voraussetzungen des Kolposkops nach § 4 Abs. 1 und 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Abklärungskolposkopie**

**Antragsteller**

<b>Nutzer des Geräts</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<b>Standort des Geräts</b>	
BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ <small>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</small>	
<b>Kolposkop:</b>	
Herstellerfirma:	_____
Kolposkop-Bezeichnung:	_____
Baujahr:	_____
Vergrößerungsstufen/ Vergrößerungen:	_____
<b>Kolposkop:</b> <i>(Zutreffendes bitte ankreuzen)</i>	
<b>1. Analoges Gerät</b>	<b>erfüllt</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"/>

### 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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers



Stempel Antragsteller

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete **Zweifel an der fachlichen Befähigung** von Ärzten nach § 3 QSV, so kann die KVB nach § 8 Abs. 4 QSV die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem **Kolloquium** abhängig machen. Das gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt eine im Vergleich zur QSV abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist.

Für den **Nachweis nach § 3 QSV** 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 steht Ihnen das Formular „Persönlicher Einzelnachweis“ auf unserer Homepage unter [www.kvb.de / Praxis / Qualität / Qualitätssicherung / A / Abklärungskolposkopie](http://www.kvb.de/Praxis/Qualität/Qualitätssicherung/A/Abklärungskolposkopie) zur Verfügung. Die Dokumentation der Mindestanzahlen der Kolposkopien in diesem Formular reichen Sie bitte zusammen mit dem Genehmigungsantrag ein.

Die Kriterien für **digitale Geräte** sind in der QSV nicht abschließend geregelt, deshalb werden die eingegangenen Unterlagen (Produktinformation des Herstellers und pseudonymisierte Bilddatei) jedes digitalen Gerätes vor Erteilung der Abrechnungsgenehmigung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weitergeleitet und dort auf Bundesebene geprüft. Dies kann einige Zeit in Anspruch nehmen.

#### Zu den Rechtsgrundlagen:

Der Volltext der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie ist unter [www.kbv.de / Service / Rechtsquellen / Verträge / Qualitätssicherung / Abklärungskolposkopie](http://www.kbv.de/Service/Rechtsquellen/Verträge/Qualitätssicherung/Abklärungskolposkopie) abrufbar.