

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-307
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Abklärungskolposkopie

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG

	Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Standortänderung <input type="checkbox"/> Geräteänderung
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistungen

- GOP 01765 EBM - Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III Abschnitt D § 8 oKFE-RL

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 3 der QS-Vereinbarung

- Facharzturkunde für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Nachweis der Teilnahme an einem Basiskolposkopiekurs (8h) oder gleichwertige Qualifikation in Inhalt und Umfang
 Nachweis der Teilnahme an einem Fortgeschrittenenkurs (14h) oder gleichwertige Qualifikation in Inhalt und Umfang
 Nachweis von Kenntnissen operativer Verfahren gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4

sowie

- Nachweis von mind. 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver gynäkologischer Dysplasien in den letzten 12 Monaten (persönlicher Einzelnachweis; Musterformular auf der KV-Website)
oder
 Nachweis einer klinischen 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 Monate

Ausnahmeregelung für Dysplasie-Sprechstunden und Dysplasie-Einheiten

Bei Vorlage eines gültigen Zertifikats (zertifizierte Dysplasiesprechstunde/-einheit) gelten die Anforderungen an die fachliche Befähigung (Nachweise der Kurse (Basiskolposkopie- und Fortgeschrittenenkurs) als auch der Untersuchungszahlen) als erfüllt.

Der Leistungserbringer ist tätig in:

- einer Dysplasie-Sprechstunde **und/oder**
- einer Dysplasie-Einheit
- Nachweis eines gültigen Zertifikates ist beigefügt

Räumliche und apparative Voraussetzungen gemäß § 4 der QS-Vereinbarung

- Es wird versichert, dass die Voraussetzungen gemäß § 4 (räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtung) erfüllt sind, d.h. die Einrichtung verfügt über:
 - ein Kolposkop mit mind. 2 Vergrößerungsstufen (zwischen 7- und 15-fach) und mit einer Lichtquelle,
 - bei analogen Geräten muss eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung möglich sein, bzw. bei digitalen Geräten, muss die Bildqualität und Auflösung mind. dem Standard der analogen Geräte entsprechen und
 - einen gynäkologischen Stuhl.
- Anlage 1 (Gerätenachweis) ist beigefügt

Organisatorische Anforderungen gemäß § 5 der QS-Vereinbarung

- Es wird versichert, dass mind. eine Kooperationsvereinbarung mit einer Einrichtung, die auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisiert ist, besteht.

Name und Anschrift der Einrichtung/en:

1. _____
2. _____
3. _____

- Nachweis ist beigefügt (Kopie der Kooperationsvereinbarung)

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Leistungen und Befundung der Abklärungskolposkopie gem. § 6 QS-Vereinbarung**
- **Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gem. § 7 QS-Vereinbarung**
 - jährlicher Nachweis von mind. 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mind. 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome
 - jährlicher Nachweis über die regelmäßige (mind. zwei Mal pro Halbjahr) Teilnahme an interdisziplinären Fallkonferenzen (z.B. Tumorkonferenzen)

Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung des Arztes nach § 3 der QS-Vereinbarung Abklärungskolposkopie, so kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichend, aber gleichwertige fachliche Befähigung nachweist. Die Überprüfung und Beurteilung der fachlichen Qualifikation erfolgt durch die zuständige Qualitätssicherungskommission.

Sie werden darauf hingewiesen, dass die KV Berlin für jedes Kalenderjahr die Anzahl und Ergebnisse der Überprüfungen im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 9 der QS-Vereinbarung zur Auswertung an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Abklärungskolposkopie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Abklärungskolposkopie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der räumlichen, apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis/Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Abklärungskolposkopie gem. §§ 4 bis 6 entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 8 Abs. 5 QS-Vereinbarung zur Abklärungskolposkopie.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

ANLAGE 1 – GERÄTENACHWEIS

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

Herstellerfirma:

(Adresse)

Kolposkop-Bezeichnung:

(Vollständige Herstellerangaben)

Baujahr:

Vergrößerungsstufe/

Vergrößerungen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Analoges Gerät

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

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller