



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Ausführung von zytologischen Untersuchungen von Abstrichen  
der cervix uteri**

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als drei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

3. \_\_\_\_\_  
(Adresse)

## II. Fachliche Befähigung des zytologieverantwortlichen Arztes

Folgende Voraussetzungen werden erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen:

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Pathologie“

**oder**

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

**und (!)**

Nachweis einer mindestens halbjährigen ganztägigen Tätigkeit oder einer vom Umfang her vergleichbaren, maximal 2jährigen berufsbegleitenden Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor, das den Anforderungen nach § 3 Absatz 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie entspricht, mit der persönlichen Beurteilung von mindestens 5.000 Fällen aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie, in denen – ggf. unter Einbeziehung einer Lehrsammlung – mindestens 200 Fälle von Zervix-Karzinomen oder – deren Vorstadien enthalten sein müssen.

Kopien und Zeugnisse/Bescheinigungen sind beigelegt:

**und (!)**

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an der Präparateprüfung nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie

**Die Zulassung zur Präparateprüfung wird hiermit beantragt**

Eine Präparateprüfung nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie wurde bereits in einem anderen KV Bereich absolviert. Eine Kopie des Prüfungsprotokolls bzw. des Bescheides ist beigelegt.

## III. Fachliche Befähigung der Präparatebefunder

Die im Zytologie-Labor unter meiner Anleitung und Aufsicht tätigen Präparatebefunder(Screener) erfüllen die folgenden Anforderungen an die fachliche Qualifikation:

Erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als „Zytologisch tätige Assistentin bzw. „Zytologisch tätiger Assistent“ (ZTA) an Fachschulen für ZTA (Zytologie-Schulen)

**oder**

Erfolgreich abgeschlossene staatliche Prüfung als „Medizinisch-technische Laboratoriums-assistentin“ bzw. „Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent“ (MTA\_L) an einer staatlich anerkannten Lehrereinrichtung mit einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie. In dieser Zeit müssen mindestens 3.000 Fälle der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbständig vorgemustert worden sein.

Entsprechende Zeugnisse und/oder Bescheinigungen der Präparatebefunder (Screener) sind beigelegt und enthalten Angaben gemäß § 4 Absatz 2 der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie.

#### IV. Räumliche und apparative Ausstattung der Zytologie-Einrichtung

Die Zytologie-Einrichtung verfügt über einen zytologischen Arbeitsplatz mit folgender Mindestausstattung:

- Annahmehbereich
- Färberaum oder Färbereich
- Mikroskopierraum oder Mikroskopierbereich
- Archivbereich
- Lagerbereich
- Der Färberaum oder -bereich ist vom übrigen Laborbereich räumlich getrennt und die geltenden Vorschriften zum Umgang mit Gefahrenstoffen bzw. Arbeitsschutzvorschriften werden eingehalten
- Zum Mikroskopierraum oder – bereich gehört ein binokulares Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x und 40x Objektiven sowie den entsprechenden 10x und 12x Okularen
- Zum Zwecke der internen Fortbildung ist im Labor ein Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung vorhanden

**Hiermit erkläre ich, dass die vorstehenden räumlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie erfüllt werden.**

#### V. Präparatebefundung

Die Präparatebefundung erfolgt in den Räumen der zytologischen Einrichtung an einem zytologischen Arbeitsplatz

Die grundsätzliche Anwesenheit des zytologieverantwortlichen Arztes am Ort der Leistungserbringung ist gewährleistet

Die Präparatebefundung wird vom zytologieverantwortlichen Arzt persönlich durchgeführt

Die Präparatebefundung wird vom zytologieverantwortlichen Arzt an Präparatebefunder (Screener) delegiert

**(Mehrfachbenennungen möglich)**

## VI. Nachweis über die Anzahl der als Präparatebefunder (Screener) tätigen Mitarbeiter

Der Nachweis über die Anzahl der als Präparatebefunder (Screener) tätigen Mitarbeiter ist durch die Vorlage entsprechender Aufstellungen mit Angabe der Arbeitszeit der jeweiligen Screener gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen.

Zur Durchführung der Präparatebefundung beschäftige ich folgende Mitarbeiter:

Name des Mitarbeiter / Arbeitszeit

Unterschrift des  
Mitarbeiters

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

## VII. Hinweise

- Hinweis für Ärztinnen/Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben oder bereits ermächtigt sind: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung, so kann die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt eine im Vergleich zu der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie) abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist. Die nachzuweisende persönliche Beurteilung von mindestens 5.000 Fällen der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie kann durch ein Kolloquium nicht ersetzt werden.
- Ärztliche Präparatebefunder können eine abweichende aber gleichwertige zytologische Befähigung nachweisen. Die nachzuweisende persönliche Beurteilung von mindestens 3.000 Fällen der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie kann dabei nicht ersetzt werden.

## VIII. Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen kann.
- Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie) in der aktuell geltenden Fassung ist mir bekannt. Hiermit verpflichte ich mich, die in §§ 5 bis 10 festgelegten Anforderungen an die Leistungserbringung dauerhaft zu erfüllen.
- Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung von der Zytologie-Einrichtung den Nachweis der in den §§ 4 bis 9 genannten Voraussetzungen verlangen kann.
- Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung zur Durchführung ihrer Aufgaben die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Ausstattung der Zytologie-Einrichtung zu überprüfen (Praxisbegehung). Eine Genehmigung kann nur erteilt werden, wenn der Vertragsärztin/der Vertragsarzt sein Einverständnis zu einer solchen Überprüfung erklärt hat.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung (Praxisbegehung) durch die zuständige Qualitätssicherungskommission.**

## IX. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am  
.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)

\_\_\_\_\_  
Datum

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

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung: Unterschrift/  
Stempel Ärztl. Leiter der Einrichtung/  
MVZ bzw. Unterschrift des Praxis-  
inhabers

### Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.