

# Zervix-Zytologie

## Checkliste I\*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_

### Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri ( Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)

Fachliche Befähigung des **zytologieverantwortlichen** Arztes:

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 zweijährigen berufsbegleitenden Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor, das den Anforderungen von § 3 Abs. 2 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 Zervixkarziomen oder deren Vorstadien enthalten sein müssen

**und**

das zytologische Labor muss die Anforderungen entsprechend § 3 Abs. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie erfüllen

**und**

Erfolgreiche Teilnahme an einer Präparateprüfung entsprechend Anlage 1 Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie oder Weiterbildungsbefugnis im Fachgebiet Pathologie.

Fachliche Befähigung der **Präparatebefunder**:

erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als „Zytologisch tätiger Assistent“ (ZTA) an Fachschulen für ZTA

**oder**

\*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

- Erfolgreich abgeschlossene staatliche Prüfung als „Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent“ (MTA-L) an einer staatlich anerkannten Lehreinrichtung 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 selbstständig vorgemustert worden sein.

**und**

- die vorgelegten Zeugnisse müssen Angaben darüber enthalten, dass theoretische Kenntnisse und praktische Erfahrungen in folgenden Bereichen erworben wurden:
- systematische Präparatevormusterung
  - technische Beurteilung der Präparate auf ihre Brauchbarkeit zur ärztlichen Diagnostik
  - Erkennung verschiedener Floren und Hinweiszeichen auf Krankheitserreger
  - Erkennung der verschiedenen Zelltypen einschließlich der Erkennung von Endozervikalzellen

### **Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung**

zytologischer Arbeitsplatz mit folgender Mindestausstattung:

- Annahmebereich
- Färbereich oder –bereich, vom übrigen Laborbereich räumlich getrennt
- Mikroskopierbereich oder –bereich mit einem binokularem Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x und 40x Objektiven sowie entsprechenden 10x und 12x Okularen
- Archivbereich
- Lagerbereich
- Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung zum Zwecke der internen Fortbildung

### **Laufende Anforderungen**

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Fortbildungspflicht entsprechend § 9 Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie:
  - Zytologieverantwortlicher Arzt: Nachweis von 40 Std. innerhalb von zwei Kalenderjahren
  - Präparatebefunder: Nachweis von 40 Std. innerhalb von zwei Kalenderjahren (interne Fortbildungen max. 20 Std.)
- Präparatebefundung entsprechend § 6 Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie
- regelmäßige Überprüfung der Präparatequalität entsprechend § 7 Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie
- Pflicht zur Jahresstatistik entsprechend § 8 Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie

**Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL**

Weiterbildungsermächtigung

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname (Anzeigsteller): \_\_\_\_\_  
(ggf. LANR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

# Zervix-Zytologie

## Checkliste II\*:

Name der Institution: \_\_\_\_\_

### gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

**oder**

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

**und**

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(Verantwortlicher Leiter)

\* nur bei institutioneller Benennung