



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 / 31 003-319
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der Koloskopie (Kinderarzt)

gemäß der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Koloskopie

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
---	---

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <hr/> <p>Name des Krankenhauses</p>										

<p>Genehmigung beantragt zum</p>	<hr/> <p>Datum</p>
<p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<hr/> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistungen

- GOP 04514, 04515, 04518, 04520 EBM - kurative Koloskopien

Leistungsort

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

- Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt

- Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft 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 § 4 i. V. m. § 9 QS-Vereinbarung

- Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatz-Weiterbildung „Kinder-Gastroenterologie“ oder

- Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleiteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der „Kinder-Gastroenterologie“ oder

- Facharztbezeichnung „Kinderchirurgie“, sofern der Chirurg nach dem für ihn maßgeblichem Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre

und

- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 100 Koloskopien unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung



Apparative Nachweise gemäß § 5 QS-Vereinbarung

- geeignete Notfallausrüstung, mindestens bestehend aus:
- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
 - Absaugvorrichtung
 - Sauerstoffversorgung
 - Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Hersteller und Gerätetyp: _____
- Pulsoxymetrie und Rufanlage
- Sterilisationsgerät
(in Fällen, in denen sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium Verwendung findet)

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

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

- **Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 6 QS-Vereinbarung**
durch nachweislich mindestens 200 selbstständig durchgeführte totale Koloskopien und mindestens 10 Polypektomien innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten und einer Stichprobenprüfung von 20 Dokumentationen für totale Koloskopien und 5 Polypektomien

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie 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 daran der 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 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und QS-Vereinbarung zur Koloskopie. 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

Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei der Durchführung von Koloskopien wird zugestimmt, einmal pro Kalenderhalbjahr eine hygienisch-mikrobiologische Kontrolle von einem Koloskop durch ein durch die KV Berlin anerkanntes Hygieneinstitut, in o. g. Praxis, durchführen zu lassen.

In diesem Zusammenhang wird zur Kenntnis genommen, dass der Nachweis einer Hygienequalität gemäß § 7 QS-Vereinbarung Bestandteil der Vergütung ist und die Kosten hierfür zu übernehmen sind.

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Koloskopie entsprechen, wird erklärt.

Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 8 QS-Vereinbarung zur Koloskopie.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller