



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Praxisstempel

Telefon (030) 31003 - 540, Fax (030) 31003 - 305

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung
von Leistungen der Koloskopie**
gemäß der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Koloskopie
vom 24.07.2006 in der derzeit gültigen Fassung

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

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

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer
(nicht Zutreffendes bitte streichen) _____
(Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):
(wenn vorhanden)

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

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich gemäß der o.g. Vereinbarung zur Koloskopie die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistungen von

kurativen Koloskopien (EBM-Nrn.: 13421, 13422, 13423, 13424) und präventiven Koloskopien (EBM-Nrn. 01741 und 01742)

1. Fachliche Befähigung

1.1 Fachliche Befähigung gemäß § 4 der v.g. Vereinbarung

Es werden nachstehende Voraussetzungen erfüllt:

- Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ oder
- Facharztbezeichnung „Visceralchirurgie“, sofern der Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist
- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung vor der Antragstellung
 - von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien, unter Anleitung innerhalb der letzten 2 Jahre und
- 50 Dokumentationen von Polypektomien (Befund und Bild) gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 3 in Verb. mit § 4 sind beigefügt
 - werden nachgereicht

2. Apparative Voraussetzungen

2.1 Apparative Ausstattung gemäß § 5 der vg. Vereinbarung

Ich verfüge über:

- a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- b) Absaugvorrichtung
- c) Sauerstoffversorgung
- d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszillogoskop
Hersteller und Gerätetyp des Defibrillator:

- e) Pulsoxymetrie und Rufanlage
- f) Einsatz eines Sterilisationsgerätes (nur wenn ein sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium Verwendung findet)



3. Hygienequalität

3.1 Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität gemäß § 7 der v.g. Vereinbarung

Hiermit erkläre ich mich bereit, die Überprüfung der Hygienequalität, durch ein durch die KV Berlin anerkanntes Hygieneinstitut, in meiner Praxis durchführen zu lassen. Die Überprüfung umfasst die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle

- a) von einem Koloskop mittels
1. Durchspülung von Endoskopkanälen (z.B. Instrumentierkanal und L/W-Kanal) und
 2. Abstrichen von Endoskopstellen (z.B. Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zugänglich sind
- sowie
- b) die während der Koloskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme.

Soweit manuelle und maschinelle Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, ist ein Koloskop je Aufbereitungsverfahren zu kontrollieren.

JA NEIN

In diesem Zusammenhang nehme ich zur Kenntnis, dass der Nachweis einer Hygienequalität gemäß § 7 der Vereinbarung zur Koloskopie Bestandteil der Vergütung ist und erkläre mich zu einer Kostenübernahme bereit.

JA NEIN



ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Ich bin damit einverstanden, dass die KV Berlin die zuständige Kommission gemäß § 8 Abs. 4 der Vereinbarung beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung zur Koloskopie entsprechen.

JA NEIN



Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist** (gemäß § 2 der Vereinbarung).

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung