

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Koloskopien**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
 zur kurativen Koloskopie

Anforderungen an die fachliche Befähigung

Folgende fachliche Qualifikation wird nachgewiesen:

- Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie
- Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin
Mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder-Gastroenterologie oder mindestens 18-monatige Weiterbildung im Bereich der Kinder-Gastroenterologie
- Facharzt für Kinderchirurgie oder Facharztbezeichnung Visceralchirurgie
- Die Koloskopie war nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht Bestandteil der Weiterbildung
- Facharzt nach einer Weiterbildungsordnung vor 2003
- Bei dem die Koloskopie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht Bestandteil der Weiterbildung war / mit der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie

Die entsprechenden Unterlagen

- liegen der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
 sind im Original oder beglaubigter Kopie dem Antrag beigefügt.

Folgende zusätzliche Anforderungen werden erfüllt:

- Nachweis über selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien unter Anleitung innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie
- liegen der KV Sachsen-Anhalt bereits vor
 sind im Original oder beglaubigter Kopie dem Antrag beigefügt
- Dokumentation von 50 Polypektomien (sind dem Antrag beizufügen)

Hinweis:

Soweit die geforderte Anzahl von Koloskopie und Polypektomien unter Anleitung erbracht werden, nicht jedoch innerhalb des geforderten Zeitraums durchgeführt wurden, können innerhalb dieses Zeitraums selbstständig durchgeführte Koloskopien und Polypektomien angerechnet werden.

- für Kinderärzte und Kinderchirurgen:

- Nachweis über selbstständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 100 Koloskopien unter Anleitung
- liegen der KV Sachsen-Anhalt bereits vor
 sind im Original oder beglaubigter Kopie dem Antrag beigefügt

Anforderungen an die Einrichtung der Praxis

Nachfolgende Anforderungen an die apparative Notfallausstattung werden in der Praxis erfüllt und können ggf. der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt nachgewiesen werden:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Pulsoxymetrie und Rufanlage

Wenn Sie sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium verwenden:

- Es wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt.

Folgende Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität werden erfüllt:

- fehlender Nachweis von Escherichia coli, anderen Enterobacteriaceae oder Erilerokokken
- fehlender Nachweis von Pseudomonas aeruginosa, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern
- fehlender Nachweis von weiteren hygienerlevanten Erregern wie Staphylococcus aureus sowie
- maximale Keimbelastung von ≤ 10 KBE pro ml in der Probe der Durchspüllösung

Einer regelmäßigen Überprüfung der Hygienequalität gemäß § 7 der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie“ durch ein von der Kassenärztlichen Vereinigung zu bestimmendes Hygieneinstitut (Mikrobiologische Praxis) stimme ich hiermit verbindlich zu.

Ich versichere verbindlich, dass die vorgenannte Hygienequalität eingehalten wird und die apparative Ausstattung in der Praxis/ Einrichtung zur Verfügung steht.

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Ich bestätige, dass die Koloskopien und Polypektomien gemäß den Vorgaben der Vereinbarung u.a. durch ein bildgebendes Verfahren und soweit erforderlich auf den vorgegebenen Dokumentationsbögen dokumentiert werden. Die entsprechenden technischen Voraussetzungen werden in der Praxis/Einrichtung vorgehalten. Der Nachweis über die schriftliche und/oder bildliche Dokumentation kann auf Verlangen jederzeit erbracht werden.
2. Ich bin damit einverstanden, dass die Koloskopie-Kommission eine Begehung der Praxis/Einrichtung zum Zwecke der Überprüfung der apparativen und sonstigen Gegebenheiten im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt vornehmen kann.
3. Ich verpflichte mich, die genannten Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte