



**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 Leistungen der Koloskopie**  
**- gem. Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie -**

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

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

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

FA für: \_\_\_\_\_

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

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

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 zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. \_\_\_\_\_

(Adresse)

2. \_\_\_\_\_

(Adresse)

**II. Beantragte Leistungen**

Im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie beantrage ich die Abrechnung der entsprechenden Leistungen.

### III. Fachliche Anforderungen

#### 3. Fachliche Befähigung gem. § 4

3.1 Facharztbezeichnung ‚Innere Medizin‘ mit der Berechtigung zum Führen der  
Schwerpunktbezeichnung ‚Gastroenterologie‘

und

Selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von 200  
Koloskopien **und** 50 Polypektomien unter Anleitung innerhalb von 2 Jahren vor  
Antragstellung \*)

oder

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

und

Selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 100 Koloskopien  
unter Anleitung \*)

oder

3.3 Facharztbezeichnung ‚Visceralchirurgie‘, sofern der Chirurg nach dem für ihn  
maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist

und

Selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von  
200 Koloskopien **und** 50 Polypektomien unter Anleitung innerhalb von 2 Jahren vor  
Antragstellung \*)

oder

3.4 Facharztbezeichnung ‚Kinderchirurgie‘, sofern der Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen  
Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist

und

Selbständige Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 100 Koloskopien  
unter Anleitung \*)

\*Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem  
Umfang für die Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie, Kinderchirurgie oder im  
Schwerpunkt befugt ist. Ist der anleitende Arzt nicht in vollem Umfang für die Weiterbildung  
befugt, muss er zusätzlich über die Genehmigung nach dieser Vereinbarung verfügen.

**(Bitte entsprechende Bescheinigungen beifügen)**

### IV. Erklärung/Verpflichtung

#### Erklärung zur apparativen Ausstattung gem. § 5

Es wird eine geeignete Notfallausstattung vorgehalten.

Hierzu sind mindestens folgende Anforderungen an die apparative Notfallausstattung gegeben

- Abs. 1
- a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
  - b) Absaugvorrichtung
  - c) Sauerstoffversorgung
  - d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
  - e) Pulsoxymetrie und Rufanlage
- Abs. 2 ggf. Sterilisationsgerät

Gem. § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie erkläre ich mich einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung die apparative Ausstattung in der Arztpraxis überprüfen kann.

Ich bestätige, dass die Anforderungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115b Abs. 1 SGB V erfüllt werden.

### Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität

Die Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität gem. § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie sind mir bekannt und ich erkläre mich bereit, die Überprüfung der Hygienequalität in meiner Praxis durch ein Hygieneinstitut kostenpflichtig durchführen zu lassen.

### V. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

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

Im Falle einer Genehmigung bin ich  einverstanden  
 nicht einverstanden,  
dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

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

### 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.

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