

## Antrag auf Genehmigung: Koloskopie (QS-Vereinbarung zur Koloskopie)

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

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

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

**oder**

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

### Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).
- Die notwendigen Inhalte der einzureichenden Zeugnisse sind in § 9 Abs. 1 Nr. 2 aufgeführt.

### Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

### Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

### Fachliche Voraussetzungen\* -bitte beifügen-

- Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ **oder** Facharztbezeichnung Visceralchirurgie **und** Nachweis von 200 Koloskopien sowie 50 Polypektomien unter Anleitung innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung

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

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

**oder**

- Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder-Gastroenterologie“ oder mit einer zusätzlichen zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleisteten, mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Gastroenterologie **oder** Facharztbezeichnung Kinderchirurgie **und** Nachweis von 100 Koloskopien unter Anleitung

**und (betrifft ausschließlich Facharztbezeichnung Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie oder Visceralchirurgie)**

- Dokumentationen der gemäß § 4 nachzuweisenden Polypektomien

*Hinweis: Auf die Einreichung der Dokumentationen wird verzichtet, wenn die notwendige Anzahl an durchgeführten Polypektomien bereits aus eingereichten Zeugnissen und Bescheinigungen hervorgeht.*

### **Apparative Voraussetzungen**

---

- Die apparativen Voraussetzungen gemäß § 5 Abs. 2 werden erfüllt und vorgehalten.

In Fällen, in denen ein sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium Verwendung findet, wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt.

### **Erklärung/Einverständnis**

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- die KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen.
- die Durchführung der Überprüfungen zur Hygienequalität nach § 7 eingehalten werden.
- ich zur Kenntnis genommen habe, dass bei Durchführung und Abrechnung von kurativen Koloskopien gemäß § 115b SGB V Ambulantes Operieren ein gesonderter Antrag (zu finden im Downloadbereich unter [KVSH - Ambulantes Operieren](#)) zu stellen ist.

### **Unterschrift(en)**

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person