



Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der **Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen** nach Anlage I Punkt 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

Ich stelle den Antrag für mich		Für den angestellten Arzt in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG	
Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG (bitte immer ausfüllen)		Vor- und Zuname des angestellten Arztes, der die Leistungen ausführen soll	
LANR:		LANR:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV _____ erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch:

- die Facharztbezeichnung "Facharzt für Urologie" und das anliegende Zeugnis über mindestens 200 selbstständig durchgeführte Harnstein-Stoßwellenlithotripsien

oder

das anliegende Zeugnis, in dem bescheinigt wird, dass

- mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien selbstständig

und

mindestens 20 perkutane Nephrostomien

und

mindestens 20 retrograde Sondierungen der Ureteren als Techniken der Harnableitung

durchgeführt wurden.

Zusätzlich muss für den/die nachfolgend genannten Leistungsstandort(e) eine Genehmigung

- zur Ausführung und Abrechnung der sonographischen Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibl. Genitalorgane)

und

- der Röntgendiagnostik des Harnapparates

und

- zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

erteilt worden sein.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

dass ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**

Anlage zum Antrag "Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen"

Angaben zum Leistungsort

Bitte unbedingt ausfüllen, soweit der/die Leistungsort(e) bekannt ist/sind.

1. Die Leistung wird an folgenden Standorten der **Praxis/Gemeinschaftspraxis/ des MVZ/des Krankenhauses** durchgeführt:

(Bitte um Angabe der Adresse und der genauen Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Sollte es sich bei dem Standort um ausgelagerte Praxisräume handeln oder sollen Leistungen im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit durchgeführt werden, bitte die nächste Seite unter 2. bzw. 3. ausfüllen.

A.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

B.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

C.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

D.

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

und/oder

2. Die Leistung wird in **ausgelagerten Praxisräumen** durchgeführt
(Bitte um Angabe der genauen Adresse und Bezeichnung bei einem MVZ bzw. Krankenhaus)

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden.
Ausgelagerte Praxisräume sind z.B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.
Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt
- liegt der KVWL bereits vor (*für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll*)

und/oder

3. Die Leistung wird im Rahmen der **belegärztlichen Tätigkeit** (im Klinikum) durchgeführt

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon/Fax: E-Mail:

BSNR (wenn bekannt):

A n t r a g

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von
Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungs-
Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V **zum ambulanten Operieren**
„Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen“

Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Räumliche Ausstattung

Folgende Räume werden vorgehalten:

- Untersuchungs-/Behandlungsraum

Für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle gelten zusätzlich folgende Anforderungen, die erfüllt werden:

- Raumboflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen sind diffus reflektierend beschaffen

Weitere Verpflichtungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften und anderen Normen zum Betrieb von Laseranlagen zu medizinischen Zwecken bleiben hiervon unberührt.

2. apparativ-technische Voraussetzungen

Eingriffsraum

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Raumboflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen können problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden
- ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag

Wascheinrichtung

Es wird Folgendes vorgehalten:

- zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur hygienischen Händedesinfektion

Darüber hinaus werden nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen erfüllt:

Instrumentarium und Geräte

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- ggf. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung

Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterialien

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

3. Hygienische Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
- Dokumentation über Infektionen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Hygieneplan nach dem IfSG

4. Notfälle

In der Einrichtung, in der Eingriffe gemäß § 115 b SGB V durchgeführt werden, sind folgende Voraussetzungen für Notfälle erfüllt:

- Organisationsplan für Notfälle/ Notfallplanung für Zwischenfälle ist vorhanden
- Teilnahme des Personals an regelmäßigen Fortbildungen im Notfall-Management
- Gewährleistung geeigneter Reanimationsmaßnahmen entsprechend dem Leistungsspektrum
- Notfallversorgung für Eingriffe gemäß § 115 b SGB V ist sichergestellt

Allgemeines

Zutreffendes bitte ankreuzen

Es wird versichert, dass für alle Eingriffe die folgenden allgemeinen organisatorischen Voraussetzungen gewährleistet sind:

- ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operateurs bzw. des behandelnden Arztes für den Patienten
- Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den operativen Eingriff und die ggf. notwendige Anästhesie (alternative Möglichkeiten der Durchführung und Nachbehandlung)
- geregelter Informations- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten
- sind der vorbehandelnde Arzt und der Operateur bzw. der behandelnde Arzt nicht identisch, ist eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet
- sind der Operateur bzw. der behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch, ist eine Kooperation für die Nachbehandlung gewährleistet
- geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass

- bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V, für die eine ärztliche Assistenz erforderlich ist, der Assistent über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügt.
- falls bei einem Eingriff keine ärztliche Assistenz gemäß § 115 b SGB V erforderlich ist, ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Medizinische Fachangestellte als unmittelbare Assistenz anwesend ist.
- weiterhin eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft) sowie, falls medizinisch erforderlich, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend ist.
- mir bekannt ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen am angegebenen Leistungsort daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.


Ort u. Datum


**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**



Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

Ausgelagerte Praxisräume sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen. Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen hat der Leistungserbringer der KV unverzüglich anzuzeigen. Beachten Sie bitte, dass ausgelagerte Praxisräume nur von den Versicherten in Anspruch genommen werden dürfen, wenn diese zuvor die Vertragsarztpraxis des Leistungserbringers aufgesucht haben; ein „Erstkontakt“ in den ausgelagerten Praxisräumen ist nicht zulässig.

	Vertragsarztsitz des Antragstellers (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)	Ort der Leistungserbringung (ausgelagerte Praxisräume)
Name, Vorname		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon:		

Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:

Es handelt sich um die Räume der Berufsausübungsgemeinschaft eigenen Räume
des MVZ des Klinikums eines Kollegen

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung des MVZ/Klinikums bzw. Name des Kollegen)

Entfernung zum Vertragsarztsitz: km **Fahrzeit**

Angaben zum Arzt, der in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden soll:

Leistungserbringer:

Zeitpunkt der Aufnahme

Leistungsspektrum in den ausgelagerten Praxisräumen:

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers / (ggf. Vertragsarztstempel)