



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von **koloskopischen Leistungen** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie nach § 135 Abs. 2 SGB V

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!

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

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Der Arzt, der die Leistungen durchführen soll, besitzt die Facharztanerkennung:

- Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kindergastroenterologie
- Kinder- und Jugendmedizin mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleiteten, mindestens 18monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kindergastroenterologie
- Kinderchirurgie oder Visceralchirurgie, sofern dieser Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist

und

- zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen sind entsprechende Zeugnisse/ Bescheinigungen beigefügt.

Die Anforderungen zu den Inhalten der einzureichenden Zeugnisse/Bescheinigungen sind der Koloskopie-Vereinbarung zu entnehmen.

und

- Dokumentationen über 50 Polypektomien sind beigefügt.
(Diese Vorlagepflicht gilt nicht für Kinderärzte und Kinderchirurgen)

Apparative Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Folgende Mindestanforderungen an die apparative Notfallausstattung werden erfüllt:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
- Absaugvorrichtung
- Sauerstoffversorgung
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Pulsoxymetrie und Rufanlage
- eine Foto-/Videodokumentation wird vorgehalten
- In der Endoskopie-Einrichtung wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt
(Eine Bestätigung ist nur erforderlich, wenn sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium verwendet wird)

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden,

- dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen Anforderungen am angegebenen Leistungsort daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
- dass das beauftragte Hygieneinstitut die halbjährliche hygienisch-mikrobiologischen Überprüfungen der Aufbereitung der Endoskope am Ort der Leistungserbringung vornehmen darf (§ 7 der Koloskopie-Vereinbarung) und die Kosten dieser Überprüfung von mir übernommen werden.
- dass mein Name und meine Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL veröffentlicht wird.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)

Mit meiner zweiten Unterschrift erkläre ich ausdrücklich mein Einverständnis, dass die KVWL im Bedarfsfall die bei der ÄKWL vorliegenden Zeugnisse anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen durchführen möchte

Anlage zum Antrag "koloskopische Leistungen"

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, bitte die nächste Seite unter 2. 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*)

Antrag

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 „Endoskopien“**

Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Räumliche Ausstattung

Folgende Räume werden vorgehalten:

- Untersuchungsraum
 - Aufbereitungsraum mit Gewährleistung einer arbeitstechnischen Trennung zwischen reiner und unreiner Zone
 - Putzmittel-/Entsorgungsraum
 - Wart-, Vorbereitungs- und Überwachungszonen/raum-räume für Patienten
 - getrennte Toiletten für Patienten und Personal
 - ggf. Personalumkleideraum und Personalaufenthaltsraum
- } eine Kombination dieser Räume ist möglich

2. apparativ-technische Voraussetzungen

Untersuchungsraum

Es wird Folgendes vorgehalten:

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

Aufbereitungsraum

Es wird Folgendes vorgehalten:

- hygienischer Händewaschplatz
- Raumboflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen können problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden
- Fußbodenbelag ist flüssigkeitsdicht
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der verwendeten Desinfektionsmittel (Chemikalien-/Feuchtlastentlüftung)
- Ausgussbecken für abgesaugtes organisches Material (unreine Zone)

Instrumentarium und Geräte

Es wird Folgendes vorgehalten:

- die Anzahl der vorzuhaltenden Endoskope, des endoskopischen Zusatzinstrumentariums (z. B. Biopsiezangen, Polypektomieschlingen) und der Geräte zur Reinigung und Desinfektion von Endoskopen hängen von dem Untersuchungsspektrum, -frequenz, Zahl und Ausbildungsstand des endoskopierenden Arztes, Verschleiß der Geräte, Notfalldienst und dem Zeitbedarf für die korrekte hygienische Aufbereitung ab

Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

Es wird Folgendes vorgehalten:

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

Arzneimittel

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff und Anwendung

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/Vertragsarztstempel