



Antrag

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

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

Zugelassen **oder** angestellt ab:
oder persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

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 abgeleisteten, 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 beigelegt.

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

und

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

Apparative Voraussetzungen

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 mein Einverständnis,

- 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.
- zur Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift auf den Internetseiten der KVWL zum Zwecke der Patientenzuweisung.

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers

**Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(ggf. Vertragsarztstempel)**

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):

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 der KVWL gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" 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

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

- ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operators 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 Operator bzw. der behandelnde Arzt nicht identisch, ist eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet
- sind der Operator 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

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

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) abzugeben.

Diese Erklärung gilt für mich Angaben des Antragstellers:	für einen angestellten Arzt Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:
LANR:	LANR:
Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes, der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll:	
Bezeichnung:	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

Ausgelagerte Praxisräume sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung **spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen**.

Bei der Aufteilung der Praxis auf Räumlichkeiten an mehreren Orten muss es sich aus Patientensicht um eine einheitliche Praxis handeln. Als „Einheitlichkeit“ ist daher eine Erreichbarkeit von **maximal 30 Minuten Fahrzeit** zwischen Vertragsarztsitz und ausgelagerten Praxisräumen zugrunde zu legen.

Genauere Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:			
Bezeichnung:			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort			
Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen: Es handelt sich um die Räume			
der Praxis	des MVZ	des Klinikums	eines Kollegen
Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.			
Entfernung zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz			
	km		Fahrzeit

