

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Koloskopie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen nach den Voraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie vom 15. Juni 2012

Qualitätssicherung
Team 1

Antje Andres
Tel 069 24741-6584
Fax 069 24741-68819
gs.fb1.6@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

_____ ☎ _____ ☎ _____ ☎ _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

<input type="checkbox"/> Vertragsarzt in	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in Praxis/BAG	BSNR _____ Name des anstellenden Arztes		
in MVZ	BSNR _____ Name des MVZ		
<input type="checkbox"/> Ermächtigter Arzt	BSNR _____ Name der Einrichtung		
<input type="checkbox"/> Instituts- Ermächtigung	BSNR _____ Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters		
<input type="checkbox"/> Sicherstellungs- Assistent	BSNR _____ Name des anstellenden Arztes oder des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes		

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____	BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum

Früherkennungs-Koloskopie (GOP 01741, 01742 EBM)/kurativen Koloskopie (GOP 13421 und 13423 EBM)
Koloskopie beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen (GOP 04514)

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen:

Gem. § 4 weise ich die nachfolgend aufgeführten fachlichen Voraussetzungen nach:

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

(Bitte entsprechenden Nachweis unbedingt beifügen, sofern noch nicht bei der KV Hessen eingereicht!)

Nachweis der fachlichen Befähigung

Voraussetzungen für Fachärzte für Innere Medizin und Visceralchirurgie

Die 50 selbstständig durchgeführten Polypektomien, die innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung erbracht wurden, habe ich durch schriftliche und bildliche Dokumentation vorgelegt.

ja nein

Voraussetzungen für Kinderärzte und Kinderchirurgen

Die 100 selbstständig durchgeführten Koloskopien, die innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung erbracht wurden, habe ich durch schriftliche und bildliche Dokumentation vorgelegt.

ja nein

Die eingereichten Koloskopien bzw. Polypektomien haben unter Anleitung eines Arztes stattgefunden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in dem entsprechenden Fachgebiet oder Schwerpunkt befugt ist.

ja nein

Die beigefügten Zeugnisse zum Nachweis der fachlichen Befähigung, welche von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sind, enthalten mindestens folgende Angaben:

- Überblick des Krankengutes der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand
- Zahl der vom Antragsteller selbstständig durchgeführten Koloskopien und Polypektomien unter Anleitung
- Beurteilung Ihrer fachlichen Befähigung zur selbstständigen Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung der Befunde von Koloskopien und Polypektomien

ja nein

Sonstige Anforderungen

Apparative Ausstattung:

Gem. § 5 der QS-Vereinbarung zur Koloskopie sind folgende Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt:

Anforderungen an die apparative Notfallausstattung

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ➤ Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Absaugvorrichtung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Sauerstoffversorgung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Pulsoxymetrie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ Rufanlage | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hygiene-Voraussetzungen/ -anforderungen:

Anforderung zu endoskopischen Zusatzinstrumentarien

- | | |
|---|--------------------------|
| ➤ Ich verwende sterilisierbares endoskopisches Zusatzinstrumentarium und bestätige, dass hierfür ein Sterilisationsgerät eingesetzt wird. | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Ich verwende kein sterilisierbares Zusatzinstrumentarium. | <input type="checkbox"/> |

Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität

Der Nachweis über die erste erfolgreiche Teilnahme an den Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität ist beigefügt.

ja nein

Standort/BSNR_____

Hygienebescheinigung vom: _____

Standort/BSNR_____

Hygienebescheinigung vom: _____

Standort/BSNR_____

Hygienebescheinigung vom: _____

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Hiermit erkläre ich die Auflagen zur Aufrechterhaltung der gem. § 6 der Vereinbarung einzuhalten und an den Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität nach § 7 der Vereinbarung teilzunehmen.
- Ich bestätige die Übernahme der Kosten für die Überprüfung der Hygienequalität nach § 7 der Vereinbarung.
- Hiermit erkläre ich nach § 8 der Vereinbarung, mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen Gegebenheiten durch die von der KV Hessen beauftragte Arbeitsgemeinschaft / Qualitätssicherungskommission.

- BSNR-Änderungen und Anschriften-Änderungen sind mitzuteilen
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**

.....
Stempel

Bitte beachten Sie folgendes:

Koloskopische Leistungen sind in der Anlage 2 des Vertrages nach § 115b SGB V aufgeführt und somit in die Qualitätssicherung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und sonstigen stationsersetzenenden Eingriffen nach § 115b Abs. 1 Satz 1 SGB V einbezogen.

Dies bedeutet, dass jeder Arzt, der eine Genehmigung zur Ausführung von Koloskopien beantragt, **zusätzlich** eine Erklärung über die Erfüllung der Anforderungen für Endoskopien der v.g. Qualitätssicherungsvereinbarung abgeben muss (§ 3).

Wir bitten daher, **die ANLAGE 1** dieses Vordruckes entsprechend auszufüllen und zu unterzeichnen.

Hierüber erhalten Sie keinen gesonderten Genehmigungsbescheid!

A N L A G E 1

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von koloskopischen Leistungen

Ambulantes Operieren

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der in Anlage 1 Abschnitt 2 und 3 zum Vertrag nach § 115 b SGB V genannten EBM-Leistungen (außerhalb des Kapitels 31.2 EBM)

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Folgende Voraussetzungen werden von mir/der Einrichtung erfüllt:

Organisatorische Voraussetzungen: § 4 (zutreffendes bitte ankreuzen)

Folgende organisatorischen Voraussetzungen nach § 4 QSV § 135 Abs. 2 SGB V ambulantes Operieren werden sichergestellt:

- Ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operateurs bzw. behandelnden Arztes für den Patienten
 - Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den operativen Eingriff und die ggf. notwendige Anästhesie (alternative Möglichkeit der Durchführung und Nach-behandlung)
 - Geregelter Information- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten
 - Sind der Operateur bzw. behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch, muss eine Kooperation für die Nachbehandlung gewährleistet sein
 - Geregelter Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen
-
- Die Notfallversorgung ist in der Einrichtung in der die Eingriffe nach § 115 b SGB V erbracht werden, sicher gestellt:
 - Die Einrichtung verfügt über einen Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle
 - Das Personal nimmt an regelmäßigen Fortbildungen im Notfallmanagement teil.
 - Entsprechend dem Leistungsspektrum ist die Durchführung geeigneter Reanimationsmaßnahmen ist gewährleistet.
 - Ist bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V ärztliche Assistenz erforderlich, so wird sichergestellt, dass hinzugezogene Assistenten über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügen.
 - Ist bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V keine ärztliche Assistenz erforderlich, ist mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Medizinischer Fachangestellte als unmittelbare Assistenz anwesend.
 - Weiterhin ist eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft) sowie, falls medizinisch erforderlich, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend.

Hygienische Voraussetzungen: § 5 (zutreffendes bitte ankreuzen)

Folgende hygienische Voraussetzungen nach § 5 QSV § 135 Abs. 2 SGB V ambulantes Operieren werden sichergestellt:

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- Sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
- Dokumentationen über Infektionen nach Infektionsschutzgesetz
- Hygieneplan nach § 36 Abs. 1 IfSG

Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen; § 6

Folgende räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen nach § 6 QSV § 135 Abs. 2 SGB V werden bestätigt:

Anforderungen für ENDOSKOPIEN

RÄUMLICHE AUSSTATTUNG

- ◆ Untersuchungsraum
- ◆ Aufbewahrungsraum mit Gewährleistung einer arbeitstechnischen Trennung zwischen reiner und unreiner Zone und Putzmittel-Entsorgungsraum. Eine Kombination dieser Räume ist möglich.
- ◆ Warte-, Vorbereitungs- und Überwachungszonen/-räume für Patienten
- ◆ Getrennte Toiletten für Patienten und Personal
- ◆ ggf. Personalumkleideraum und Personalaufenthaltsraum

APPARATIV-TECHNISCHE VORAUSSETZUNG

UNTERSUCHUNGSSRAUM

- ◆ Hygienischer Händewaschplatz
- ◆ Raumoberfläche (z. B. Fußboden, Wandbelag, Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein

AUFBEREITUNGSSRAUM

- ◆ Hygienischer Händewaschplatz
- ◆ Raumoberfläche (z. B. Fußboden, Wandbelag, Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein
- ◆ Entlüftungsmöglichkeit unter Berücksichtigung der verwendeten Desinfektionsmittel (Chemikalien-/Feuchtlastentlüftung)
- ◆ Ausgussbecken für abgesaugtes organisches Material (unreine Zone)

INSTRUMENTARIUM UND GERÄTE

- ◆ Die Anzahl der vorzuhaltenden Endoskopien, des endoskopischen Zusatzinstrumentariums (z. B. Biopsiezange, Polypektomieschlingen) und der Geräte zur Reinigung und Desinfektion von Endoskopien hängen von dem Untersuchungsspektrum, -frequenz, Zahl und Ausbildungsstand der endoskopierenden Ärzte, Verschleiß der Geräte, Notfalldienst und den Zeitbedarf für die korrekte hygienische Aufbereitung ab.

Darüber hinaus sind nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

INSTRUMENTARIUM UND GERÄTE

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

ARZNEIMITTEL

- ◆ Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff und Anwendung

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind.
Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....

Datum

.....

Unterschrift des Antragsstellers

.....

ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

.....

Datum

.....

**Unterschrift des angestellten Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**

.....

Stempel