

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/619444](http://www.kv-rlp.de/619444)

## A N T R A G

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin gemäß den Abschnitten 8.3 bzw. 26.3 EBM

<b>I. Angaben zum Leistungserbringer</b>
--

.....  
ggf. Titel Name, Vorname

geb. am

.....  
Lebenslange Arztnummer (LANR), falls bekannt

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)

Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

Telefon mobil

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer)

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Untersuchungsumfang

Fachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

- GOP 08312 EBM Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- GOP 08313 EBM Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08312 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

Fachgruppe Urologie:

- GOP 26316 EBM Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- GOP 26317 EBM Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 26316 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.**

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

**Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?**

- ja  nein

- Ich bin zum Führen der Facharztbezeichnung „Facharzt für Gynäkologie“ berechtigt.
- Ich bin zum Führen der Facharztbezeichnung „Facharzt für Urologie“ berechtigt.
- Nachweis über die Teilnahme an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur „Therapie von Blasenfunktionsstörungen“ im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten.

#### **IV. Auflage an die Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung**

Jährlicher Nachweis der Teilnahme an einer von der Landesärztekammer anerkannten Fortbildung zur „Therapie von Blasenfunktionsstörungen“ im Umfang von mindestens 8 CME-Punkten.

Der Nachweis ist der KV RLP unaufgefordert einzureichen.

#### **V. Allgemeines**

- Leistungen der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde. Rückwirkende Genehmigungen sind nicht möglich.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfangs wirksam.

Der/Die Unterzeichner versichert/versichern die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der  
abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt,  
MVZ, Institut)

# ANLAGE 1

## zum Antrag transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin

### Erklärung zur Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

#### nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Bitte beachten Sie folgendes:

Leistungen der transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin sind im Abschnitt 2 des Vertrages nach § 115b SGB V aufgeführt und somit in die Qualitätssicherung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren einbezogen.

Dieser Vordruck ist entsprechend auszufüllen und zu unterzeichnen.

Die Behandlung mit Botulinumtoxin wird durchgeführt:

- in folgender Betriebsstätte / Nebenbetriebsstätte

.....  
.....  
(Name, Straße und Ort angeben)

- in folgendem OP-Zentrum/Krankenhaus

.....  
.....  
(Name, Straße und Ort angeben)

#### Folgende Anforderungen werden erfüllt:

##### 1. Organisatorische Anforderungen

- Ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operators bzw. 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.
- Gewährleistung einer Kooperation für die Weiterbehandlung, wenn der vorbehandelnde Arzt und der Operator bzw. behandelnde Arzt nicht identisch sind.
- Gewährleistung einer Kooperation für die Nachbehandlung, wenn der Operator bzw. behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch sind.
- Geregelter Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.

- Die genannten organisatorischen Anforderungen sind erfüllt

- Folgende organisatorischen Anforderungen sind **nicht** erfüllt:

---

**Bitte einzeln auführen**

## 2. Hygienische Anforderungen

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren.
  - Sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte.
  - Dokumentationen über Infektionen nach § 23 Abs. 1 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutz-Gesetz, IfSG).
  - Hygieneplan nach § 36 Abs. 1 IfSG.
- Die genannten hygienischen Anforderungen sind erfüllt
- Folgende hygienischen Anforderungen sind **nicht** erfüllt:

---

**Bitte einzeln auflühren**

## 3. Anforderungen Notfälle

- Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle.
  - Regelmäßige Fortbildung des Praxispersonals im Notfall-Management.
  - Vorhalten geeigneter Reanimationsmaßnahmen (entsprechend dem operativem Spektrum).
  - Sicherstellung einer Notfallversorgung.
- Die genannten Anforderungen für Notfälle sind erfüllt
- Folgende Anforderungen für Notfälle sind **nicht** erfüllt:

---

**Bitte einzeln auflühren**

## 4. Anforderungen für Endoskopien

### Räumliche Ausstattung

- Untersuchungsraum
- Aufbereitungsraum mit Gewährleistung einer arbeitstechnischen Trennung zwischen reiner und unreiner Zone und Putzmittel-/Entsorgungsraum (Kombination der Räume ist möglich)
- Wart-, Vorbereitungs- und Überwachungszonen/-räume für Patienten
- Getrennte Toiletten für Patienten und Personal
- Ggf. Personalumkleideraum und Personalaufenthaltsraum

### Apparativ-technische Ausstattung

- a) Untersuchungsraum
- Hygienischer Händewaschplatz
  - problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumboberflächen (z.B. Wandbelag) und Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen, flüssigkeitsdichter Fußboden
- b) Aufbereitungsraum
- Hygienischer Händewaschplatz
  - problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumboberflächen (z.B. Wandbelag) und Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen, flüssigkeitsdichter Fußboden
  - Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der verwendeten Desinfektionsmittel (Chemikalien-/Feuchtlastentlüftung)
  - Ausgussbecken für abgesaugtes organisches Material (unreine Zone)

c) Instrumentarium und Geräte

- Endoskope, endoskopisches Zusatzinstrumentarium (z.B. Biopsiezangen, Polypektomieschlingen), Geräte zur Reinigung und Desinfektion von Endoskopen (Anzahl abhängig vom Untersuchungsspektrum, -frequenz, Zahl und Ausbildungsstand der endoskopierenden Ärzte, Geräteverschleiß, Notfalldienst und Zeitbedarf für korrekte hygienische Aufbereitung)

**Zusätzlich** abhängig von Art und Schwere des Eingriffs und Gesundheitszustand des Patienten

d) Instrumentarium und Geräte

- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
  - Ggf. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
  - Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Die genannten Anforderungen für Endoskopien sind erfüllt
- Folgende Anforderungen für Endoskopien sind **nicht** erfüllt:

---

**Bitte einzeln auflühren**

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

---

Datum

---

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)