

**Antrag auf Anerkennung eines Instituts gemäß § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur  
Koloskopie nach § 135 Abs. 2 SGB V „Überprüfung der Hygienequalität“**

Institut, Klinik, Laboratorium:	_____
Name, Vorname (Leiter <sup>1</sup> ):	_____
Gebietsbezeichnung:	<input type="checkbox"/> Hygiene und Umweltmedizin <input type="checkbox"/> Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
Straße und Hausnummer:	_____
PLZ und Ort:	_____
Telefonnummer:	_____
E-Mail:	_____

**Fachliche Voraussetzungen**

- Anerkennung der Gebietsbezeichnung „Hygiene und Umweltmedizin“ und/oder „Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ gemäß § 7 Abs. 4 Nr. 1 **-bitte beifügen-**
- Ich verpflichte mich, die zuständige KV umgehend über einen Wechsel des genannten qualifizierten Arztes im Sinne des § 7 der Vereinbarung zu informieren.  
Die Qualifikation der Nachfolgerin/des Nachfolgers werde ich zeitnah nachweisen.

**Bestätigung**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, im Rahmen der Durchführung der hygienisch-mikrobiologischen Kontrollen von Koloskopien entsprechend § 7 der Vereinbarung folgende Punkte zu erfüllen:

- Die hygienisch-mikrobiologischen Kontrollen sowie die Probenverarbeitung, Kulturmethodik und Keimdifferenzierung nach dem allgemein anerkannten Stand von Medizin und Wissenschaft durchzuführen.
- Die entsprechenden Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes (RKI), welche in den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung flexibler Endoskope und endoskopischen Zusatzinstrumentariums“ festgelegt sind, zu beachten (§ 7 Abs. 4 Nr. 2 der Vereinbarung).
- Die hygienisch-mikrobiologische Kontrolle von einem Koloskop (§ 7 Abs. 2 der Vereinbarung) in einer Praxis/ Klinik durchzuführen mittels
  - a. Durchspülung von Endoskopkanälen (z. B. Instrumentierkanal und L/W-Kanal)
  - b. Abstrichen von Endoskopstellen (z. B. Kanaleingänge am Distalende), welche der Reinigung und Desinfektion nur schwer zugänglich sind, sowie
  - c. die während der Koloskopie verwendeten Lösungen der Optikspülsysteme.

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint

- Soweit manuelle und maschinelle Aufbereitungsverfahren zur Anwendung kommen, ein Koloskop je Aufbereitungsverfahren nach den vorgeschriebenen Kontrollverfahren zu überprüfen.
- Die Überprüfung der Hygienequalität einmal pro Kalenderhalbjahr in der jeweiligen Arztpraxis/Klinik durchzuführen (§ 7 Abs. 3 und 5 der Vereinbarung).
- Nach Mitteilung der KVSH (Name und Anschrift des zu überprüfenden Arztes/Klinik und Kalendermonat für die Durchführung der Prüfung) die Detailabsprache für den Tag und ggf. Uhrzeit der Probenentnahme mit der jeweiligen Praxis/Klinik vorzunehmen.
- Im Falle der Mängelfeststellung die Hygieneüberprüfung innerhalb der verkürzten Zeiträume - unabhängig von den routinemäßigen halbjährlichen Überprüfungen – vorzunehmen (§ 7 Abs. 8 der Vereinbarung).
- Das Ergebnis der Probenuntersuchung und die erfolgte Befundbewertung der KVSH auf dem mir zur Verfügung gestellten Ergebnismitteilungsbogen unverzüglich mitzuteilen.

---

### Hinweis

- Die Anforderungen an eine sachgerechte Hygienequalität gelten als erfüllt (§ 7 Abs. 6 der Vereinbarung) bei
- a. fehlendem Nachweis von *Escherichia coli*, anderen Enterobacteriaceae oder Enterokokken.
  - b. fehlendem Nachweis von *Pseudomonas aeruginosa*, anderen Pseudomonaden oder weiteren Nonfermentern.
  - c. fehlendem Nachweis von weiteren hygienerelevanten Erregern wie *Staphylococcus*.
  - d. maximaler Keimbelastung von  $\leq 10$  Kolonie bildende Einheit pro Milliliter in der Probe der Durchspüllösung und der Lösung der Optikspülsysteme.
- Die KVSH im Hinblick auf die ggf. erforderliche Beratung des Arztes zur Behebung evtl. festgestellter Mängel und zur Verbesserung der Hygienequalität zu unterstützen, falls dies notwendig sein sollte.

---

### Allgemeine Anforderungen

- Alle Personen meines Labors/Institutes, die mit der Überprüfung der Hygienequalität beauftragt werden, verpflichten sich zur absoluten Verschwiegenheit über sämtliche Angelegenheiten, die ihnen im Zusammenhang mit der Durchführung hygienisch-mikrobiologischer Kontrollen in den Praxen/Kliniken zur Kenntnis gelangen.
- Ich bin gegenüber der KVSH ausdrücklich verpflichtet die Einhaltung dieser Verpflichtung zu gewährleisten.
- Daten bezüglich der unter Satz 1 genannten Kontrollen werden von mir nur insoweit erfasst, als diese zur ordnungsgemäßen Erfüllung der übertragenen Aufgaben erforderlich sind.
- Die Kosten für die Durchführung der hygienisch-mikrobiologischen Kontrollen stelle ich der überprüften Praxis/Klinik in Rechnung. Die Begleichung der Kosten erfolgt im direkten Zahlungsverkehr zwischen dem Institut/Klinik/Laboratorium und dem betreffenden Arzt bzw. der betreffenden Klinik.

---

### Einverständniserklärung

- Hiermit stimme ich zu, dass die KVSH auf ihrer Homepage ([www.kvsh.de](http://www.kvsh.de)) unser Institut veröffentlichen darf.

---

### Unterschrift(en)

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ