

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-684
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für ambulante Operationen bzw. Anästhesien

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §135 Abs.2 SGB V zum ambulanten Operieren i. V. m. § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
_____ Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes	

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

Kapitel I 31.2 EBM - Ambulantes Operieren bzw. Anästhesie

Fachärzte für Anästhesiologie

- ambulante Anästhesien

Fachärzte anderer operativ tätiger Fachgruppen

- ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien im Rahmen des Fachgebiets
- ambulante Laserbehandlung am Auge
gilt nur für Fachärzte für Augenheilkunde

Leistungsort

Anästhesisten sind von der Angabe der Operationsstandorte ausgenommen.

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer
(sofern bereits bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Adresse des Betreibers

- Nebenbetriebsstättennummer
(sofern bereits bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Adresse des Betreibers

Bei mehr als zwei Operationsstandorten, listen Sie die Standorte bitte gesondert auf.

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungs-erteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Befähigung gemäß § 3 QSV ambulantes Operieren

Facharzturkunde für:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie | <input type="checkbox"/> Lungen- und Bronchialheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie | <input type="checkbox"/> Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Radiologie |
| <input type="checkbox"/> HNO-Heilkunde | <input type="checkbox"/> Urologie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

Teilgebietsbezeichnungen oder Zusatzbezeichnungen: _____

Organisatorische Voraussetzungen nach § 4 QSV ambulantes Operieren

- Es wird versichert, dass die Voraussetzungen gemäß § 4 erfüllt sind.
Insbesondere:
- Ständige Erreichbarkeit des Operateurs 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-Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten
 - Sind der vorbehandelnde Arzt und der Operateur bzw. behandelnde Arzt nicht identisch, muss eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet sein
 - Geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen
 - Ist bei einem Eingriff gemäß § 115b SGB V ärztliche Assistenz erforderlich, hat der ambulant operierende Arzt sicherzustellen, dass der Assistent über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügt
 - Falls keine ärztliche Assistenz bei einem Eingriff nach § 115b SGB V erforderlich ist, muss mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nicht ärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Arzthelfer als unmittelbare Assistenz bei der ambulanten Operation anwesend sein. Weiterhin muss eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft) sowie, falls medizinisch erforderlich, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend sein.
 - Die Praxis muss über einen Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle verfügen. Das Praxispersonal muss an regelmäßigen Fortbildungen im Notfall-Management teilnehmen. Entsprechend dem operativen Spektrum sind geeignete Reanimationsmaßnahmen vorzuhalten. Ärzte, die Eingriffe gemäß § 115b SGB V erbringen, müssen eine Notfallversorgung sicherstellen

Hygienische Voraussetzungen nach § 5 QSV ambulantes Operieren

- Es wird versichert, dass die Voraussetzungen gemäß § 5 erfüllt sind, d. h. die Einrichtung verfügt insbesondere über:
- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
 - Sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
 - Dokumentationen über Infektionen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)
 - Hygieneplan nach IfSG

Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen nach § 6 QSV ambulantes Operieren

- Es wird versichert, dass die räumlichen und die apparativ-technischen Voraussetzungen gemäß § 6 o. g. Vereinbarung erfüllt sind.

Räumliche Ausstattung

- Nachweis erfolgt durch den vollständigen Grundriss der Operationseinrichtung/en inklusive der erforderlichen Nebenräume.
Bei ambulanten Laserbehandlungen bitte den Standort des Lasers im Grundriss angeben.
- Operationsraum / Raum für Eingriffe mit geringem SSI (Surgical Side Effekt)
 - Personalumkleidebereich (Waschbecken und Vorrichtung zur Händedesinfektion)
 - Räume/Flächen zur Lagerung von Sterilgut und reinen Geräten
 - Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten
 - Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter
 - Raum für Putzmittel (*Kombination dieser 3 Räume möglich)
 - ggf. Umkleidebereich und Ruhe/Aufwachraum für Patienten
- Nachweis über bereits durchgeführte Begehungen (Prüfungsprotokoll) ist beigefügt

Datum der Begehung

Institution (KV Berlin/ LAGeSo/ Gesundheitsamt etc.)

Apparativ-technische Voraussetzungen

- Flüssigkeitsdicht verfugter Boden
- Raumboflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können
Für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle gilt zusätzlich, dass Raumboflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen diffus reflektierend beschaffen sein sollen. Weitere Verpflichtungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften und anderen Normen zum Betrieb von Laseranlagen zu medizinischen Zwecken bleiben davon unberührt.
- Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitorings lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung

- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen
- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion
- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- OP-Tisch/Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
- Fachspezifisches operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmalmaterial, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren vollumfänglich Folge geleistet wird insbesondere im Hinblick auf:

- **Organisatorische Voraussetzungen gemäß §4**
- **Hygiene Voraussetzungen gemäß §5**
- **Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen gemäß §6**

Es ist bekannt, dass es sich bei den o.g. Voraussetzungen um Mindestanforderungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl und Spektrum der durchgeführten Operationen bzw. Anästhesien handelt.

Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des Eingriffs und der Gesundheitszustand des Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die ambulante Durchführung der Operation und der Anästhesie erlauben.

Die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher und berufsrechtlicher Bestimmungen bleibt von der Erfüllung der Anforderungen gemäß § 4 (2) QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren ausdrücklich unberührt.

Es wird versichert, dass bei der Erbringung ambulanter Operationen außerhalb der eigenen Praxis die Präsenzpflcht in der eigenen Praxis gemäß BMV-Ä gewährleistet ist.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.



Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen, wird erklärt. **Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung gemäß § 7 der QSV zum ambulanten Operieren erklärt.**

Bei der Leistungserbringung in der eigenen Praxis

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Bei der Leistungserbringung an ausgelagerten Operationsstandorten Dritter
vom OP-Betreiber zu unterschreiben

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift OP-Betreiber

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-684
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

Teilnahmeerklärung für ambulantes Operieren einschließlich der Anästhesien

gemäß Vertrag nach § 115b SGB V sowie Verpflichtung zur Einhaltung der QSV nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über die Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik									
<input type="checkbox"/> Anstellung	<input type="checkbox"/> BAG	<input type="checkbox"/> üBAG									
<input type="checkbox"/> Ermächtigung	_____										
	Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes										

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

Ambulantes Operieren bzw. Anästhesie (Kapitel I 31.2 EBM)

Fachärzte für Anästhesiologie

- ambulante Anästhesien

Fachärzte anderer operativ tätiger Fachgruppen

- ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien im Rahmen des Fachgebiets
- ambulante Laserbehandlung am Auge
gilt nur für Fachärzte für Augenheilkunde

Leistungsort

Anästhesisten sind von der Angabe der Operationsstandorte ausgenommen.

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer
(sofern bereits bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Adresse des Betreibers

- Nebenbetriebsstättennummer
(sofern bereits bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name und Adresse des Betreibers

Bei mehr als zwei Operationsstandorten, listen Sie die Standorte bitte gesondert auf.

Voraussetzungen gemäß §§ 4, 5, 6 QSV ambulantes Operieren

Es wird versichert, dass

- die organisatorischen Voraussetzungen gemäß Abschnitt B § 4 QSV sowie Notfälle in der Praxis sichergestellt werden.
- die hygienischen Voraussetzungen gemäß § 5 QSV sichergestellt werden.
- die räumlichen, apparativ-technischen Voraussetzungen gemäß § 6 QSV sichergestellt werden.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren vollumfänglich Folge geleistet wird und ambulanter Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe nur im Rahmen des Fachgebietes vorgenommen werden.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Ambulantes Operieren. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen, wird erklärt. **Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung gemäß § 7 der QSV zum ambulanten Operieren erklärt.**

Bei der Leistungserbringung in der eigenen Praxis

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Bei der Leistungserbringung an ausgelagerten Operationsstandorten Dritter
vom OP-Betreiber zu unterschreiben

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift OP-Betreiber