



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 467, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung

**für ambulante Operationen bzw. Anästhesien gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

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

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR): \_\_\_\_\_  
(wenn vorhanden)

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



Hiermit beantrage ich nach der o.g. Vereinbarung die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen

ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen meines Fachgebiets

und/oder

ambulanten Anästhesien meines Fachgebiets im Rahmen von ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen

und/oder

Laserbehandlung außerhalb der Körperhöhle

## 1. Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 4

Ich habe das Recht zum Führen der Facharztbezeichnung für:

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

Außerdem habe ich das Recht zum Führen folgender Teilgebietsbezeichnungen oder Zusatzbezeichnung

## 2. Verpflichtungserklärung gemäß § 5, § 7, § 12

Hiermit verpflichte ich mich, insbesondere Folgendes einzuhalten:

### § 5 Abs. 1:

- 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.

### § 5 Abs. 2:

- Falls keine ärztliche Assistenz bei einem Eingriff nach § 115b SGB V erforderlich ist, muss mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen 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.



§ 7 Notfälle in der Praxis

- 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.

§ 12 Abs. 1

- Krankenhäuser und Vertragsärzte haben unbeschadet der berufsrechtlichen Dokumentationspflichten für bestimmte Eingriffe gemäß § 115b SGB V die in der Anlage 1 dargestellten Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen pseudonymisiert zu erfassen, um vergleichende statistische Auswertungen zum Zweck der Qualitätssicherung ermöglichen.

§ 12 Abs. 2

- Die von der Bundesebene vorgegebenen Datensätze sind von allen Vertragsärzten, die Leistungen gemäß Anlage 1 durchführen, in elektronischer Form gemäß dem bundeseinheitlich vorgegebenen Datenexportformat oder auf einem einheitlichen Datenerhebungsbogen den Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb einer von der Bundeskommission festgelegten Frist unverzüglich zur Verfügung zu stellen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüfen die Datensätze auf Vollständigkeit und -anhand der von der Bundesebene vorgegebenen Kriterien- auf Plausibilität. Die geprüften Daten werden pseudonymisiert und unverzüglich an die von der Bundesebene gemäß § 11 Abs. 1 beauftragte Stelle weitergeleitet. Erfolgt dies auch nach mehrmaliger Aufforderung nicht, greift die Regelung des § 9 Abs. 4.

### 3. Operationsstandort

**Angaben zum Operationsstandort:**

3.1 Ich führe für alle Kassengruppen ambulante Operationen/Anästhesien

in meiner eigenen Praxis durch:

und/oder am **ausgelagerten** Operationsstandort:

wenn JA, bitte Anschrift und Name des Betreibers

.....  
 .....

\* Sollten Sie an mehreren Operationsstandorten ambulante Operationen/Anästhesien durchführen, bitte auf einem gesonderten Bogen auflisten.

Hinweis:

Anästhesisten sind von der Angabe der Operationsstandorte ausgenommen.

Soweit ambulante Operationen außerhalb meiner Praxis erbracht werden, versichere ich, dass meine Präsenzpflcht in der eigenen Praxis gemäß BMV-Ä/EKV gewährleistet ist.



#### **4. Nachweis der organisatorischen, baulichen und apparativen-technischen und hygienischen Voraussetzungen:**

Hiermit erkläre ich, dass die folgenden Anforderungen am Operationsstandort nach § 6 der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Leistungen" nach § 15 des Vertrages auf Grundlage des § 115b SGB V bei meinen ambulanten Anästhesien erfüllt sind.

Der Operationsstandort verfügt über:

##### **(1) allgemeine organisatorische Voraussetzungen**

- 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 Informationsdokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten
- Sind der vorbehandelnde Arzt und der Operateur nicht identisch, muss eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet sein
- Geregelter Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen

##### **(2) Bauliche Anforderungen an dem Ort der Leistungserbringung**

- Operationsraum
- Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
- Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten
- \*Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten
- \*Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter
- \*Raum für Putzmittel (\*Eine Kombination dieser drei Räume ist möglich)
- ggf. Ruhe/Aufwachraum für Patienten
- ggf. Umkleidebereich für Patienten

##### **(3) Apparativ-technische Voraussetzungen**

###### **a) Operationsraum**

- Flüssigkeitsdicht verfugter Fußboden
- Raumboflächen (Wandbelag, Türen, Regalsystem, Lampen und Geräteoberflächen) müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können
- Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen

###### **b) Wascheinrichtung**

- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

###### **c) Instrumentarium und Geräte**

- 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
- Ggf. ein Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)

###### **d) Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial**

- 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

##### **(4) Hygienische Voraussetzungen**

- 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
- Geregelter Abfallentsorgung

Beachtung der entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen



**5. Laserbehandlung**

Die Laserbehandlung setzt zusätzlich voraus, dass die Raumbooberflächen 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.

Mir ist bekannt, dass es sich bei den obengenannten Voraussetzungen um Mindestanforderungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl und Spektrum der durchgeführten Operationen handelt und dass ich verpflichtet bin, 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 Operation und der Anästhesie erlauben.



**6. ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Landeskommission Qualitätssicherung „Ambulantes Operieren“, ein paritätisch besetztes Gremium aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Landeskrankenhausesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam mit den Verbänden der Ersatzkassen, die Operationsräume auf Übereinstimmung mit der genannten Vereinbarung nach § 115 b überprüfen kann.

JA

NEIN

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der vg. Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung