



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 6 A
14057 Berlin

☎ (030) 31003 - 467
☎ (030) 31003 - 50730
✉ QS-Team1@kvberlin.de

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

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

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG <hr style="width: 100%;"/> Name des Krankenhauses										

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 31.2 EBM)

- ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe des Fachgebiets **und ggf.**
- ambulante Anästhesien des Fachgebiets im Rahmen von ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen
- ambulante Anästhesien
- ambulante Laserbehandlung am Auge

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Leistungen im Rahmen von ambulanten Operationen bzw. ambulanten Anästhesien zu erbringen?

- Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.) Nein

Angaben zum Operationsstandort

Anästhesisten sind von der Angabe der Operationsstandorte ausgenommen.

- in eigener Praxis **und/oder**
- am ausgelagerten Operationsstandort:

Bei ausgelagerten OP-Standorten bitte Anschrift und Name des Betreibers angeben:

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

Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 3 QSV ambulantes Operieren

Facharztbezeichnung:

- | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <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: _____ |

- Teilgebietsbezeichnungen oder Zusatzbezeichnungen:

Organisatorische Voraussetzungen nach § 4 QSV ambulantes Operieren

- 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



Organisatorische Voraussetzungen nach § 4 QSV ambulantes Operieren -Fortsetzung-

- Sind der vorbehandelnde Arzt und der Operateur bzw. behandelnde Arzt nicht identisch, muss eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet sein
- Geregelter 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

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- Sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
- Dokumentationen über Infektionen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Hygieneplan nach IfSG

Baulichen Anforderungen des Leistungsortes nach § 6 QSV ambulantes Operieren

- 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

Apparativ-technische Voraussetzungen des Leistungsortes nach § 6 QSV ambulantes Operieren

Operationsraum/ Eingriffe mit geringem SSI

- Flüssigkeitsdicht verfugter Boden
- 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



Apparativ-technische Voraussetzungen des Leistungsortes nach § 6 QSV ambulantes Operieren - Fortsetzung -

Operationsraum/ Eingriffe mit geringem SSI

Für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle gilt zusätzlich, dass 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.

Wascheinrichtung

- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

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)

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

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. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Nachweis der räumlichen Voraussetzungen gemäß § 6 der QS-Vereinbarung

Die Erfüllung der räumlichen bzw. baulichen Voraussetzungen erfolgt durch den vollständigen Grundriss der Operationseinrichtung/en inklusive der erforderlichen Nebenräume.

Grundriss ist beigelegt

(Bei ambulanten Laserbehandlungen bitte den Standort des Lasers angeben.)

Nachweis über bereits durchgeführte Begehungen (Prüfungsprotokoll) ist beigelegt

Datum der Begehung: _____

Durch: _____
Institution (KV Berlin/ LAGeSo/ Gesundheitsamt etc.)



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

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

der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren.

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

Es wird versichert, dass bei der Erbringung ambulanter Operationen außerhalb der eigenen Praxis die Präsenzplicht 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 der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe 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 zur Praxisbegehung

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen in der Praxis 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.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller