



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](mailto:QS-Team1@kvberlin.de)

Praxisstempel

## Erklärung zur Teilnahme für belegärztliche Operationen bzw. Anästhesien

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationärsersetzenden Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 Nr. 3 SGB V sowie gemäß § 38 bis § 41 Bundesmantelvertrag - Ärzte

<b>Antragsteller</b> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	<b>Leistungserbringer</b> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt
--	---

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<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>										
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (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="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Name des Krankenhauses										

<b>Grund der Antragstellung</b> <input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> Sitzungsdatum, sofern bekannt

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



### **Leistung (Kapitel 36.2 EBM)**

belegärztliche Operations-Leistungen

### **Angaben zum Operationsstandort**

Belegklinik:

(Bitte Anschrift und Name angeben)

---

---

---

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

### **Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 3 der QS-Vereinbarung**

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 Operators 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 Operator 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.



### **Organisatorische Voraussetzungen nach § 4 QSV ambulantes Operieren -Fortsetzung-**

- 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 Effect)
- 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
- Raumbooberflächen (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

**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.



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

#### 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



### 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 ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen für **belegärztliche Operationen (Kap. 36.2)** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Anerkennung als Belegarzt durch die KV Berlin erfolgt und die beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV 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. gemäß § 38 bis § 41 Bundesmantelvertrag - Ärzte sowie § 3-6 der QSV-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)