

## Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

### Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

<p><b>Tätig in:</b> Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: <input type="text"/></p>
--	-------------------------------------

<p><b>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</b></p>	
1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

<b>Beantragte Leistungen</b>	<input type="checkbox"/> 1. Operationen* <input type="checkbox"/> 2. Kleine invasive Eingriffe* <input type="checkbox"/> 3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen* <input type="checkbox"/> 4. Endoskopien* <input type="checkbox"/> 5. Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle (nur für Augenärzte)  *Die Eingriffe gemäß § 115 SGB V gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt 8/2000 Seite 644-648 und 4/2002 Seite 412-414)				
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	Die fachlichen Voraussetzungen gemäß § 3 der Vereinbarung werden erfüllt. <table border="1" style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	nein				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Organisatorische/bauliche Voraussetzungen</b>	<p>Folgende Anforderungen an die organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 4 der Vereinbarung werden erfüllt:</p> <input type="checkbox"/> ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operateurs bzw. behandelnden Arztes für den Patienten <input type="checkbox"/> Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den operativen Eingriff und die ggf. notwendige Anästhesie (alternative Möglichkeiten der Durchführung und Nachbehandlung) <input type="checkbox"/> geregelter Informations- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten <input type="checkbox"/> sind der vorbehandelnde Arzt und der Operateur bzw. behandelnde Arzt nicht identisch, muss eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet sein <input type="checkbox"/> geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen <input type="checkbox"/> Die Einrichtung, in der Eingriffe gemäß § 115b SGB V durchgeführt werden, muss über einen Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle verfügen. Das Personal muss an regelmäßigen Fortbildungen im Notfall-Management teilnehmen. Entsprechend dem Leistungsspektrum ist die Durchführung geeigneter Reanimationsmaßnahmen zu gewährleisten. Einrichtungen, die Eingriffe gemäß § 115b SGB V erbringen, müssen die Notfallversorgung sicherstellen. <input type="checkbox"/> Ist bei Eingriffen gemäß § 115b SGB V ärztliche Assistenz erforderlich, so hat der Arzt sicherzustellen, dass hinzugezogene Assistenten über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügen. Falls keine ärztliche Assistenz bei Eingriffen nach § 115b SGB V erforderlich ist, muss mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Medizinische Fachangestellte als unmittelbare Assistenz anwesend sein. Weiterhin muss eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft) sowie, falls medizinisch erforderlich, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend sein.				

<p>Folgende Anforderungen an die hygienischen Voraussetzungen gemäß § 5 der Vereinbarung werden erfüllt:</p>	
<input type="checkbox"/>	Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
<input type="checkbox"/>	sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
<input type="checkbox"/>	Dokumentationen über Infektionen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)
<input type="checkbox"/>	Hygieneplan nach IfSG
<input type="checkbox"/>	Hygieneplan
<input type="checkbox"/>	Hygieneplan liegt bereits vor
<p>Folgende Anforderungen an die räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen gemäß § 6 der Vereinbarung werden erfüllt:</p>	
<p><b>1. Operationen</b></p>	
<p><u>Räumliche Ausstattung</u></p>	
<input type="checkbox"/>	Operationsraum
<input type="checkbox"/>	Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
<input type="checkbox"/>	Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter, Raum für Putzmittel. Eine Kombination dieser drei Räume ist möglich.
<input type="checkbox"/>	Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten
<input type="checkbox"/>	ggf. Ruheraum/Aufwachraum für Patienten
<input type="checkbox"/>	ggf. Umkleidebereich für Patienten
<input type="checkbox"/>	Bauskizze
<input type="checkbox"/>	Bauskizze liegt bereits vor
<p><u>Apparativ-technische Voraussetzungen des Operationsraums</u></p>	
<input type="checkbox"/>	Raumoberflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen
<p><u>Wascheinrichtung</u></p>	
<input type="checkbox"/>	zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

<u>Instrumentarium und Geräte</u>	
<input type="checkbox"/>	Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
<input type="checkbox"/>	Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
<input type="checkbox"/>	OP-Tisch/Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
<input type="checkbox"/>	fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
<input type="checkbox"/>	ggf. Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)
<u>Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial</u>	
<input type="checkbox"/>	Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
<input type="checkbox"/>	Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
<input type="checkbox"/>	Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial
<b>2. Kleine invasive Eingriffe</b>	
<u>Räumliche Ausstattung</u>	
<input type="checkbox"/>	Eingriffsraum
<input type="checkbox"/>	Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum
<input type="checkbox"/>	Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial
<input type="checkbox"/>	ggf. Ruheraum für Patienten
<input type="checkbox"/>	ggf. Umkleidebereich für Patienten
<input type="checkbox"/>	Bauskizze
<input type="checkbox"/>	Bauskizze liegt bereits vor
<u>Apparativ-technische Voraussetzungen des Eingriffsraums</u>	
<input type="checkbox"/>	Raumoberflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag
<u>Wascheinrichtung</u>	
<input type="checkbox"/>	zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion
<u>Instrumentarium und Geräte</u>	
<input type="checkbox"/>	fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten

<input type="checkbox"/>	Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
<input type="checkbox"/>	Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gesellt werden)
<input type="checkbox"/>	Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
<u>Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial</u>	
<input type="checkbox"/>	Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
<input type="checkbox"/>	Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
<input type="checkbox"/>	Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial
<b>3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen</b>	
<u>Räumliche Ausstattung</u>	
<input type="checkbox"/>	Untersuchungs-/Behandlungsraum
<input type="checkbox"/>	Bauskizze
<input type="checkbox"/>	Bauskizze liegt bereits vor
<u>Apparativ-technische Voraussetzungen des Untersuchungs-/Behandlungsraums</u>	
<input type="checkbox"/>	Raumoberflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag
<u>Wascheinrichtung</u>	
<input type="checkbox"/>	zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion
<u>Instrumentarium und Geräte</u>	
<input type="checkbox"/>	Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
<input type="checkbox"/>	ggf. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
<u>Arzneimittel</u>	
<input type="checkbox"/>	Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
<b>4. Endoskopien</b>	
<u>Räumliche Ausstattung</u>	
<input type="checkbox"/>	Untersuchungsraum



<input type="checkbox"/>	Aufbereitungsraum mit Gewährleistung einer arbeitstechnischen Trennung zwischen reiner und unreiner Zone und Putzmittel-/Entsorgungsraum. Eine Kombination dieser Räume ist möglich.
<input type="checkbox"/>	Warte-, Vorbereitungs- und Überwachungszonen/-räume für Patienten
<input type="checkbox"/>	getrennte Toiletten für Patienten und Personal
<input type="checkbox"/>	ggf. Personalumkleideraum und Personalaufenthaltsraum
<input type="checkbox"/>	Bauskizze
<input type="checkbox"/>	Bauskizze liegt bereits vor
<u>Apparativ-technische Voraussetzungen des Untersuchungsraums</u>	
<input type="checkbox"/>	hygienischer Händewaschplatz
<input type="checkbox"/>	Raumoberflächen (z. B. Fußboden, Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein
<u>Apparativ-technische Voraussetzung des Aufbereitungsraums</u>	
<input type="checkbox"/>	hygienischer Händewaschplatz
<input type="checkbox"/>	Räumoberflächen (z. B. Fußboden, Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein
<input type="checkbox"/>	Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der verwendeten Desinfektionsmittel (Chemikalien-/Feuchtlastenlüftung)
<input type="checkbox"/>	Ausgussbecken für abgesaugtes organischen Material (unreine Zone)
<u>Instrumentarium und Geräte</u>	
<input type="checkbox"/>	die Anzahl der vorzuhaltenden Endoskope, des endoskopischen Zusatzinstrumentariums (z. B. Biopsiezangen, Polypektomieschlingen) und der Geräte zur Reinigung und Desinfektion von Endoskopen hängen von dem Untersuchungsspektrum, -frequenz, Zahl und Ausbildungsstand der endoskopierenden Ärzte, Verschleiß der Geräte, Notfalldienst und dem Zeitbedarf für die korrekte hygienische Aufbereitung ab
<input type="checkbox"/>	Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
<input type="checkbox"/>	ggf. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
<u>Arzneimittel</u>	
<input type="checkbox"/>	Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung



	<p><b>5. Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle (nur für Augenärzte)</b></p> <p><u>Räumliche Ausstattung</u></p> <p><input type="checkbox"/> Untersuchungs-/Behandlungsraum</p> <p><input type="checkbox"/> Bauskizze</p> <p><input type="checkbox"/> Bauskizze liegt bereits vor</p> <p><u>Apparativ-technische Voraussetzungen des Untersuchungs/Behandlungsraums</u></p> <p><input type="checkbox"/> Raumboflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt werden können, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag</p> <p><input type="checkbox"/> Raumboflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen sollen diffus reflektierend beschaffen sein</p> <p><u>Wascheinrichtung</u></p> <p><input type="checkbox"/> zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion</p> <p><u>Instrumentarium und Geräte</u></p> <p><input type="checkbox"/> Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> ggf. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung</p> <p><u>Arzneimittel</u></p> <p><input type="checkbox"/> Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung</p>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☛ Unbeschadet der Verpflichtung des für den Eingriff nach § 115b SGB V verantwortlichen Arztes, ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs und der Gesundheitszustand des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben, müssen die organisatorischen hygienischen und apparativ-technischen Voraussetzungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl, Spektrum und dem jeweiligen Ort der Leistungserbringung des Eingriffs mindestens die Bedingungen der §§ 4-6 erfüllen. Die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher und berufsrechtlicher Bestimmungen bleibt davon ausdrücklich unberührt.</li> <li>☛ Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.</li> <li>☛ Die Berechnung der Leistungen 31291-31298 EBM (endoskopischer) urologischer Eingriffe mit Bildwandler, setzt zusätzlich eine Genehmigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern die ambulanten Operationen in ausgelagerten Praxisräumen stattfinden sollen, ist zu beachten, dass die Entfernung zwischen Praxissitz und ausgelagerter Praxisstätte nicht mehr als 30 Minuten betragen darf.</li> <li>• Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>• Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>				
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.				
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>• Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>• Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>• Arbeitszeugnisse</li> </ul>				
	<table border="1"> <tr> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ja	nein				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt



Bitte beifügen

Stand: Juni 2020