

A N T R A G

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen einschließlich der notwendigen Anästhesien

gem. der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim amb. Operieren gem. § 15 des Vertrages
nach § 115 b Abs. 1 SGB V

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name) LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses) _____
(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

(Praxisübernahme von) _____
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

Name, Vorname des anstellenden Arztes: _____

LANR (lebenslange Arztnummer): _____

Name, Vorname des angestellten Arztes: _____

LANR (lebenslange Arztnummer): _____

Ich bin im MVZ _____ angestellter Arzt seit/ab: _____
(Name des MVZ)

Ich bin bei dem oben genannten Vertragsarzt angestellt seit/ab: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht:

(Bitte **sämtliche Betriebsstätten** vollständig auflisten, in denen die amb. OP-Leistungen erbracht werden – auch diejenigen, für die eine Genehmigung bereits erteilt wurde; bei bereits für das ambulante Operieren genehmigten Betriebsstätten unter „genehmigt seit“ Datum angeben, bei neu zu genehmigenden Betriebsstätten Datum der geplanten Tätigkeitsaufnahme angeben.)

1. _____
(Adresse)
genehmigt seit/ Aufnahme OP-Tätigkeit geplant ab: _____
BSNR (Betriebsstättennummer – falls vergeben): _____
 ausgelagerter Praxisraum in räumlicher Nähe zur Hauptpraxis (*bitte ankreuzen, falls zutreffend*)

2. _____
(Adresse)
genehmigt seit/ Aufnahme OP-Tätigkeit geplant ab: _____
BSNR (Betriebsstättennummer – falls vergeben): _____
 ausgelagerter Praxisraum in räumlicher Nähe zur Hauptpraxis (*bitte ankreuzen, falls zutreffend*)

3. _____
(Adresse)
genehmigt seit/Aufnahme OP-Tätigkeit geplant ab: _____
BSNR (Betriebsstättennummer – falls vergeben): _____
ausgelagerter Praxisraum in räumlicher Nähe zur Hauptpraxis (*bitte ankreuzen, falls zutreffend*)

4. _____
(Adresse)
genehmigt seit/ Aufnahme OP-Tätigkeit geplant ab: _____
BSNR (Betriebsstättennummer – falls vergeben): _____
ausgelagerter Praxisraum in räumlicher Nähe zur Hauptpraxis (*bitte ankreuzen, falls zutreffend*)

5. _____
(Adresse)
genehmigt seit/ Aufnahme OP-Tätigkeit geplant ab: _____
BSNR (Betriebsstättennummer – falls vergeben): _____
ausgelagerter Praxisraum in räumlicher Nähe zur Hauptpraxis (*bitte ankreuzen, falls zutreffend*)

Erklärung zum Datenschutz:

Mir ist bekannt,

dass die Kassenärztliche Vereinigung Bremen gem. § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

sich fehlende, unrichtige oder ungenaue Angaben nachteilig auf den Ausgang des Verwaltungsverfahrens auswirken können.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und verpflichte mich, die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Abt. Zulassung/Genehmigung, über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.

Weiterhin bestätige ich, dass ich die allgemeinen Abrechnungs- und Vertragsbestimmungen in der jeweiligen Fassung berücksichtigen werde.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
(bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw.
des anstellenden Vertragsarztes

ERKLÄRUNG

**zur Erbringung ambulanter Operationen nach § 3 der Vereinbarung von
Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren zwischen den
Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

Kap. B § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen

Nachweis der fachlichen Befähigung

- Ich besitze / der angestellte Arzt besitzt das Recht zum Führen der **Facharztbezeichnung und/oder Schwerpunktbezeichnung** für folgende(s) operative(s) Fachgebiet(e):

(bitte Facharztbezeichnung(en) u./o. Schwerpunktbezeichnung angeben)

- Ich nehme lt. Beschluss des Zulassungsausschusses an der **Fachärztlichen Versorgung** teil.

Kap. B § 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen

Assistenz bei Eingriffen gem. § 115b SGB V

Ich stelle sicher, dass

- der ggf. erforderliche ärztliche Assistent über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügt

oder

- ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Arzthelfer/in als unmittelbare Assistenz, eine Hilfskraft (mind. in Bereitschaft) sowie - falls medizinisch erforderlich - auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen bei der amb. Operation anwesend sind.

Kap. C § 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen

Ich erkläre, dass ich / der angestellte Arzt die Anforderungen nach Kapitel C § 6 gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen für

- 1. Operationen**
- 2. kleinere invasive Eingriffe**
- 3. invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen**
- 4. Endoskopien**
- 5. Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle**

im Rahmen der von mir durchgeführten Operationen – erfülle / erfüllt.

(Erläuterungen vgl. anliegendes Info-Blatt)

Den Inhalt der Vereinbarung habe ich zur Kenntnis genommen.

Sofern im Rahmen der Qualitätssicherung gem. § 10 der Vereinbarung eine Praxisbegehung erforderlich sein sollte, besteht hierzu mein Einverständnis.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Bremen gem. § 285 Abs. 1 SGB V die vorstehenden Daten zu meiner Person zur Durchführung des beantragten Verwaltungsverfahrens erhebt.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragsarztes
(bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des MVZ- Vertretungsberechtigten bzw.
des anstellenden Vertragsarztes

Infoblatt
Anforderungen gem. Abschnitt C § 6 der
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und
bei sonstigen stationärer ersetzenden Leistungen

Folgende organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Voraussetzungen sind neben den allgemeinen Anforderungen - je nach Gefährungsgrad (Eingliederung gem. Empfehlung des Robert-Koch-Institutes) - zu erfüllen.

1. Operationen

a. Räumliche Ausstattung:

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

b. Apparativ-technische Voraussetzungen

Operationsraum

- Raumbooberflächen (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
- 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

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

Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

2. Kleinere invasive Eingriffe

a. Räumliche Ausstattung

- Eingriffsraum
- Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum
- Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial
- ggf. Ruheraum für Patienten
- ggf. Umkleidebereich für Patienten.

b. Apparativ-technische Voraussetzungen

Eingriffsraum

- Raumboflächen (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

Wascheinrichtung

- zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

Darüber hinaus sind nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

Instrumentarium und Geräte

- Fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Geräte zur Infusion- und Schockbehandlung
- Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)
- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung

Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen

a. Räumliche Ausstattung

- Untersuchungs-/Behandlungsraum

b. Apparativ-technische Voraussetzungen

Untersuchungs-/Behandlungsraum

- Raumboflächen (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 Wascheinrichtung
- zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur hygienischen Händedesinfektion

Darüber hinaus sind nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

Instrumentarium und Geräte

- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- ggf. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung

Arzneimittel

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

4. Endoskopien

a. Räumliche Ausstattung

- Untersuchungsraum
- Aufbereitungsraum mit Gewährleistung einer arbeitstechnischen Trennung zwischen reiner und unreiner Zone und Putzmittel-/Entsorgungsraum. Eine Kombination dieser Räume ist möglich.
- Warte-, Vorbereitungs- und Überwachungszonen/-räume für Patienten
- getrennte Toiletten für Patienten und Personal
- ggf. Personalumkleideraum und Personalaufenthaltsraum

b. Apparativ-technische Voraussetzungen

Untersuchungsraum

- hygienischer Händewaschplatz
- Raumbooberflächen (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

Aufbereitungsraum

- hygienischer Händewaschplatz
- Raumbooberflächen (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
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der verwendeten Desinfektionsmittel (Chemikalien-/Feuchtlastentlüftung)
- Ausgussbecken für abgesaugtes organisches Material (unreine Zone)

Instrumentarium und Geräte

- 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.

Darüber hinaus sind nach Art und Schwere des Eingriffs und dem Gesundheitszustand des Patienten entsprechend folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

Instrumentarium und Geräte

- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- ggf. Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung

Arzneimittel

- Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff und Anwendung

Für Röntgenuntersuchungen (z.B. im Rahmen einer ERCP) gelten besondere Anforderungen des Strahlenschutzes.

5. Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle

Hier gilt zusätzlich zu den o.g. Erfordernissen insbesondere folgende Anforderung:

- Raumboflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen sollen diffus reflektierend beschaffen sein.

Weitere Verpflichtungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften und anderen Normen zum Betrieb von Laseranlagen zu medizinischen Zwecken bleiben davon unberührt.

Außerdem wird die ordnungsgemäße Erfüllung der o. g. Anforderungen insbesondere dann angenommen, wenn die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut beachtet werden.