

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von ambulanten Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe**

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

☐ Ich bin niedergelassen.

☐ Die Niederlassung ist geplant ab: _____

☐ Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

☐ Ich bin in einer Praxis angestellt.

☐ Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

☐ Ich bin in einem MVZ tätig.

☐ Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

☐ Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

☐ Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe nach § 115 b Abs. 1 SGB V gemäß der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

Leistungsort

Die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V werden unter folgender/n Anschrift/en erbracht:

☐ am Hauptstandort der Praxis / des MVZ unter der Anschrift:

☐ in der Nebenbetriebsstätte unter der Anschrift:

Entfernung zum Hauptstandort: _____ km

☐ in ausgelagerten Praxisräumen unter der Anschrift:

Entfernung zum Hauptstandort: _____ km

Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 3

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunktzeichnung: _____

ggf. fakultative Weiterbildung: _____

ggf. Fachkunde: _____

☐ Die Urkunde/n liegt/en der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.

☐ Die Urkunde/n ist/sind diesem Antrag als Anlage beigelegt.

Nachweis der organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 4

Folgende organisatorische Voraussetzungen werden am Operationsort vorgehalten:

- ☐ ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operators bzw. behandelnden Arztes 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- und Dokumentationsfluss zwischen den beteiligten Ärzten
- ☐ Sind der vorbehandelnde Arzt und der Operator bzw. behandelnde Arzt nicht identisch, ist eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet.
- ☐ Sind der Operator bzw. behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch, ist eine Kooperation für die Nachbehandlung gewährleistet.
- ☐ geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen
- ☐ Ein Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle liegt vor.
- ☐ regelmäßige Fortbildungen des Personals im Notfall-Management
- ☐ Entsprechend dem Leistungsspektrum ist die Durchführung geeigneter Reanimationsmaßnahmen gewährleistet.
- ☐ Die Notfallversorgung ist sichergestellt.
- ☐ Bei erforderlicher ärztlicher Assistenz wird sichergestellt, dass hinzugezogene Assistenten über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügen.
- ☐ Sollte keine ärztliche Assistenz notwendig sein, wird sichergestellt, dass mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Medizinische Fachangestellte als unmittelbare Assistenz anwesend ist.
- ☐ Weiterhin ist sichergestellt, dass eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft) anwesend ist.
- ☐ Es wird sichergestellt – falls medizinisch erforderlich -, dass auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend ist.

Nachweis der hygienischen Voraussetzungen gemäß § 5

Folgende hygienische Voraussetzungen werden am Operationsort vorgehalten:

- ☐ Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- ☐ sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
- ☐ Dokumentation über Infektionen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- ☐ Hygieneplan nach IfSG

Nachweis der räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen gemäß § 6
--

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

Apparativ-technische Voraussetzungen/Operationsraum:

- ☐ Raumbooberflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystemen, Lampen) und Geräteoberflächen können problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden.
- ☐ Der Fußbodenbelag ist flüssigkeitsdicht.
- ☐ 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, operativen 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

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Teilnahme am Vertrag gemäß § 115 b SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag). Gemäß Präambel Kapitel 31.2.1 Nr. 2 Ambulantes Operieren EBM.
2. Mir ist bekannt, dass es sich bei den o.g. Voraussetzungen um Mindestanforderungen handelt und dass ich verpflichtet bin, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des Eingriffs und der Gesundheitszustand des Patienten die ambulante Durchführung der Operation oder der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Des Weiteren verpflichte ich mich, die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V nach dem jeweilig zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard zu erbringen.
3. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, bei der Durchführung von Eingriffen nach dem Kapitel 31.2 EBM die Leistungen in Anlage 1 Abschnitt 1 zum Vertrag nach § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) sowie für die Ausführung und Abrechnung von in Anlage 1 Abschnitt 2 und 3 zum Vertrag nach § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) genannten EBM-Leistungen, insbesondere die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 3, an die organisatorischen-, hygienischen- sowie an die räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen nach §§ 4, 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren zu erfüllen.
4. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestands einer Genehmigung befugt ist, die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen am Ort der Leistungserbringung zu überprüfen, um sich von der Einhaltung der Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulante Operationen zu vergewissern.
5. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen und versichere, dass die Gegebenheiten am/an den o.g. Operationsort/en jederzeit vorgehalten werden.

Ort, Datum, BSNR

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

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Aus- und Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte