



**Qualitätssicherung**

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt  
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner:  
S. Franke - Tel.: 069 79502-578  
A. Maiwald - Tel. 069 79502-465  
B. Winterhalter Tel. 069 79502-261  
Fax: 069 79502-376  
E-Mail: QS.Ambulantes-OP@KVHessen.de

**Erklärung nach § 115 b SGB V**

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationsersetzender Leistungen einschließlich der notwendigen Anästhesien im Rahmen der Vertragsärztlichen Versorgung**

**Allgemeine Angaben**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Approbationsjahr \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Vertragsärztliche Tätigkeit** beantragt am \_\_\_\_\_

als Ärztin / Arzt für \_\_\_\_\_

**Tätigkeit als:**  Vertragsarzt  angestellter Arzt<sup>1</sup>  ermächtigter Arzt  Assistent<sup>1</sup>

**Anschrift des Standortes:**  Vertragspraxis \_\_\_\_\_

MVZ \_\_\_\_\_

Klinik / Institut \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**Nebenbetriebsstättennummer(n)**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ zu stellen.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Gemäß § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V haben Ärzte, die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V erbringen wollen, eine Erklärung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzugeben, dass sie die Anforderungen dieser Vereinbarung erfüllen.

### **I. Beantragte Leistungen**

- Ich beantrage die Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Kapitels 31.2 EBM (Ambulante Operationen).
- Ich beantrage die Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V, welche in Abschnitt 2 und 3 der Anlage 1 des AOP-Vertrages aufgeführt sind.

### **II. Fachliche Befähigung und Assistenz sowie Regelung zu Notfällen**

- Die in den §§ 4, 5 und 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V genannten Anforderungen an die fachliche Befähigung sind erfüllt (Bitte bei Neuaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit Kopie der Facharzturkunde beifügen!):
- Fachliche Befähigung nach § 4 Absatz 1 der Vereinbarung, Ausführung unter Assistenz oder unter unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens
- Der für bestimmte Eingriffe gemäß § 115 b SGB V über das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung hinaus nach der jeweils gültigen WBO vorausgesetzte Erwerb einer Schwerpunktbezeichnung, einer Fachkunde und/oder der Abschluss einer fakultativen Weiterbildung wurde durch Vorlage der entsprechenden Zeugnisse und/oder Bescheinigungen erbracht, § 4 Absatz. 2. (Nachweise sind der Erklärung beigelegt!)
- Assistenz bei Eingriffen (§ 5 ) gemäß § 115 b SGB V (Sicherstellung, dass der hinzugezogene Assistent über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügt.
- § 7 Notfälle – die Einrichtung verfügt über einen Organisationsplan für Notfälle / Notfallplan für Zwischenfälle. Das Personal nimmt an regelmäßigen Fortbildungen im Notfall-Management teil.

### **III. Organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen**

- Ich erfülle die allgemeinen organisatorischen Anforderungen die nach § 6 Abs. 2 der Vereinbarung für alle Eingriffe gemäß § 115 b SGB V gelten (u. a. ständige Erreichbarkeit der Einrichtung; Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten; ggf. Kooperationen für die Weiterbehandlung, falls vorbehandelnder Arzt und Operateur nicht personengleich; geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen).
- Ich erfülle die allgemeinen Anforderungen an die Hygiene, die nach § 6 Abs. 3 der Vereinbarung für alle Eingriffe gemäß § 115 b SGB V gelten (Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren; sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte; Dokumentationen über Infektionen nach § 23 Abs. 1 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen; Hygieneplan nach § 36 Abs. 1 IfSG).

Die Eingriffe gemäß § 115 b SGB V gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad auf Grundlage der Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts in Operationen (§ 6 Abs. 5 Nr. 1), kleinere invasive Eingriffe (§ 6 Abs. 5 Nr. 2), invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen (§ 6 Abs. 1 Nr. 3) sowie in Endoskopien (§ 6 Abs. 5 Nr. 4).

Ich erbringe gemäß § 115 b SGB V folgende Eingriffe:

---

---

---

---

---

---

- Hiermit erkläre ich, dass ich für alle vorgenannten Eingriffe, die ich nach § 115 b SGB V erbringe, jeweils die für die Eingriffsart geltenden Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung nach § 6 Abs. 5 erfülle.

Für **Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle** gilt zusätzlich zu den Erfordernissen nach § 6 Abs. 5 Nr. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V insbesondere folgende Anforderung, die ich – sofern ich Laserbehandlungen durchführe – hiermit bestätige:

- Raumbooberflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen sind diffus reflektierend beschaffen.

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

**Die Ambulanten Operationen werden durchgeführt:**

- in eigener Praxis mit BSNR \_\_\_\_\_
- durch Mitbenutzungsmöglichkeit:
- in der Praxis mit BSNR \_\_\_\_\_
- im Krankenhaus / MVZ / OP-Zentrum:

---

---

(Bitte die Nutzungserklärung ausgefüllt und unterschrieben mit einreichen.)

**IV. Durchführung von Beratungsgesprächen und Begehungen am Ort der Leistungserbringung**

- Ergeben sich Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite, erkläre ich mich mit einer Begehung und einem Gespräch am Ort der Leistungserbringung gemäß § 10 Abs. 2 der Vereinbarung einverstanden.

**IV. Bemerkungen**

---

---

## Hinweise

- Hinweis für Ärzte / Psychotherapeuten, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen gemäß § 115 b SGB V kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden. Gegebenenfalls ist hier der einschränkende Ermächtigungsrahmen zu beachten.

## Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers  
ggf. Vertragsarztstempel

### Gilt nur für angestellte Ärzte

.....  
..  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes