



Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G

**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V
gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V
zum ambulanten Operieren**

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Vertragsarztsitz: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

II. Angaben zu den Tätigkeitsorten

1. Die ambulanten Operationen werden durchgeführt:

- am oben genannten Vertragsarztsitz

- in der genehmigten Zweigpraxis (ZP-siehe unten)

- im Rahmen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG-siehe unten)

(Bitte genaue Bezeichnung und Adresse der ZP bzw. üBAG)

.....
.....
.....

und/oder

2. Die ambulanten Operationen werden in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt.

Ausgelagerte Praxisräume zur Durchführung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV auf dem Formular „Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen“ gegenüber der KVBB angezeigt werden. Ausgelagerte Praxisräume sind z. B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören. Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt.
- liegt der KVBB bereits vor (für den Arzt, der die ambulanten Operationen ausführen soll).

III. Erklärung

Hiermit erkläre ich,

- dass ich ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchführen werde und verpflichte mich, die Anforderungen an die Durchführung der Leistungen gemäß §§ 4 und 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren sowie die räumlichen und apparativen Voraussetzungen nach § 6 der Vereinbarung zu erfüllen.
- mein Einverständnis gemäß § 7 Absatz 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren zur Durchführung von Überprüfungen der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen.

IV. Erklärung zu den organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen gemäß §§ 4 bis 6

1. Unbeschadet der Verpflichtung des für den Eingriff nach § 115 b SGB V verantwortlichen Arztes ist 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, müssen die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl und Spektrum und dem jeweiligen Ort der Durchführung des Eingriffs mindestens die Bedingungen der §§ 4 bis 6 erfüllen. Die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher und berufsrechtlicher Bestimmungen bleibt davon ausdrücklich unberührt.

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Allgemeine organisatorische Anforderungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hygienische Voraussetzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	ja	nein
4. Anforderungen an den Ort der Durchführung		
1. Operationen		
a) Räumliche Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Apparativ-technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kleine invasive Eingriffe		
a) Räumliche Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Apparativ-technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen		
a) Räumliche Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Apparativ-technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endoskopien		
a) Räumliche Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Apparativ-technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle gilt zusätzlich zu den Erfordernissen nach Absatz 2 Nr. 1-4 der QS-Vereinbarung folgende Anforderung

	ja	nein
<i>Raumoberfläche und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen sollen diffus reflektierend beschaffen sein</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Stempel und Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers
-------	---------------------------------	---

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

(zur Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen weiter auf Seite 4)



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung**

ANZEIGE Ausgelagerte Praxisräume

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

bei: _____

II. Ausgelagerte Praxisräume (genaue Bezeichnung)

1. Name/Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Entfernung zur eigenen Praxis: km

Leistungsspektrum:

.....

.....

2. Name/Vorname:

Straße:

PLZ/Ort:

Entfernung zur eigenen Praxis: km

Leistungsspektrum:

.....

.....

III. Erklärung/Verpflichtung

Hiermit erkläre ich, dass die Räumlichkeiten und die Ausstattung in den ausgelagerten Praxisräumen den jeweiligen fachspezifischen Anforderungen entsprechen.

Ferner erkläre ich, dass der Erstkontakt mit dem Patienten am Vertragsarztsitz erfolgt.

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Stempel und Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers
--------------	--	---

Hinweis:

Die vertragsärztliche Tätigkeit in den angezeigten ausgelagerten Praxisräumen kann untersagt werden, wenn die Voraussetzungen gem. § 24 Abs. 5 der Zulassungsverordnung für Ärzte nicht vorliegen.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de