

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/987830](http://www.kv-rlp.de/987830)

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung**  
**von ambulanten Operationen**

Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

**I. Angaben zum Leistungserbringer**

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

**II. Fachliche Anforderungen**

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja  nein

- Ich bin zum Führen folgender Facharztbezeichnung/en berechtigt:

Fachgebiet(e): \_\_\_\_\_

- Ich besitze außerdem folgende Schwerpunktbezeichnung/Fachkunde/fakultative Weiterbildung:

\_\_\_\_\_

**III. Ort der Leistungserbringung**

Die Eingriffe werden durchgeführt

Ich bin **Betreiber** der OP-Räumlichkeit:

- |   | Ja                       | Nein*                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betriebsstättennummer: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nebenbetriebsstättennummer: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausgelagerte OP-Räume: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\***Betreiber:** \_\_\_\_\_  
ggf. Titel, Vorname, Nachname

#### IV. Umfang / Art der Leistungen

##### Folgende Eingriffe werden von mir/uns durchgeführt

- Operationen
- kleinere invasive Eingriffe
- invasive Untersuchungen, vergleichbare Behandlungen und Maßnahmen
- Endoskopien
- Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle (nur für Augenärzte)/ einschließlich invasive Untersuchungen, vergleichbare Behandlungen und Maßnahmen
- (Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler

**Zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen ist ein gesonderter Antrag zu stellen.**

#### V. Organisatorische Anforderungen für alle Eingriffe gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- Ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operateurs 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 Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten
  - Gewährleistung einer Kooperation für die Weiterbehandlung, wenn der vorbehandelnde Arzt und der Operateur bzw. der behandelnde Arzt nicht identisch sind
  - Gewährleistung einer Kooperation für die Nachbehandlung, wenn der Operateur bzw. der behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch sind
  - Geregelter Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen
  - Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle
  - Regelmäßige Fortbildung des Praxispersonals im Notfall-Management
  - Vorhalten geeigneter Reanimationsmaßnahmen (entsprechend dem operativem Spektrum)
  - Sicherstellung einer Notfallversorgung
  - 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.
- Die genannten organisatorischen Anforderungen sind erfüllt.
- Folgende organisatorischen Anforderungen sind **nicht** erfüllt:

**(Diese bitten wir einzeln / separat unten aufzuführen)**

---

---

## VI. Hygienische Anforderungen für alle Eingriffe gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
  - Sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
  - Dokumentationen über Infektionen nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)
  - Hygieneplan nach IfSG
  
  - Die genannten hygienischen Anforderungen sind erfüllt.
  - Folgende hygienischen Anforderungen sind **nicht** erfüllt:  
**(Diese bitten wir einzeln / separat unten aufzuführen)**
- 
- 

## VII. Anforderungen für Operationen

### 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 (Kombination der 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 Ausstattung:

- a) Operationsraum:
- problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumbooberflächen (z. B. Wandbelag) und Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen, 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
- b) Wascheinrichtung:
- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion
- c) 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)

- d) 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
- Die genannten Anforderungen für Operationen sind erfüllt.
- Folgende Anforderungen für Operationen sind **nicht** erfüllt:  
**(Diese bitten wir einzeln / separat unten aufzuführen)**
- 
- 

## VIII. Anforderungen für kleinere invasive Eingriffe

### Räumliche Ausstattung:

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

### Apparativ-technische Ausstattung:

- a) Eingriffsraum:
- problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumboflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag
- b) Wascheinrichtung:
- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

**Zusätzlich** abhängig von Art und Schwere des Eingriffs und Gesundheitszustand des Patienten:

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

- Die genannten Anforderungen für kleinere invasive Eingriffe sind erfüllt.
  - Folgende Anforderungen für kleinere invasive Eingriffe sind **nicht** erfüllt:  
**(Diese bitten wir einzeln / separat unten aufzuführen)**
- 
- 

<b>IX. Anforderungen für invasive Untersuchungen, vergleichbare Behandlungen und Maßnahmen</b>
--

**Räumliche Ausstattung:**

- Untersuchungs-/Behandlungsraum

**Apparativ-technische Ausstattung:**

- a) Untersuchungs-/Behandlungsraum:
  - problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumbooberflächen (z. B. Wandbelag) und Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen, ggf. flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag
- b) Wascheinrichtung:
  - Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur hygienischen Händedesinfektion

**Zusätzlich** abhängig von Art und Schwere des Eingriffs und Gesundheitszustand des Patienten:

- c) Instrumentarium und Geräte:
  - Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
  - Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- d) Arzneimittel:
  - Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

- Die genannten Anforderungen für invasive Untersuchungen, vergleichbare Behandlungen und Maßnahmen sind erfüllt.
  - Folgende Anforderungen für invasive Untersuchungen, vergleichbare Behandlungen und Maßnahmen sind **nicht** erfüllt:  
**(Diese bitten wir einzeln / separat unten aufzuführen)**
- 
-

## X. Anforderungen für Endoskopien

### Räumliche Ausstattung:

- Untersuchungsraum
- Aufbereitungsraum mit Gewährleistung einer arbeitstechnischen Trennung zwischen reiner und unreiner Zone und Putzmittel-/Entsorgungsraum (Kombination der Räume ist möglich)
- Warte-, Vorbereitungs- und Überwachungszonen/-räume für Patienten
- Getrennte Toiletten für Patienten und Personal
- Ggf. Personalumkleideraum und Personalaufenthaltsraum

### Apparativ-technische Ausstattung:

- a) Untersuchungsraum:
- Hygienischer Händewaschplatz
  - problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumbooberflächen (z. B. Wandbelag) und Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen, flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag
- b) Aufbereitungsraum:
- Hygienischer Händewaschplatz
  - problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumbooberflächen (z. B. Wandbelag) und Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen, flüssigkeitsdichter Fußbodenbelag
  - Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der verwendeten Desinfektionsmittel (Chemikalien-/Feuchtlastentlüftung)
  - Ausgussbecken für abgesaugtes organisches Material (unreine Zone)
- c) Instrumentarium und Geräte:
- Endoskope, endoskopisches Zusatzinstrumentarium (z. B. Biopsiezangen, Polypektomieschlingen), Geräte zur Reinigung und Desinfektion von Endoskopen (Anzahl abhängig vom Untersuchungsspektrum, -frequenz, Zahl und Ausbildungsstand der endoskopierenden Ärzte, Geräteverschleiß, Notfalldienst und Zeitbedarf für korrekte hygienische Aufbereitung)

**Zusätzlich** abhängig von Art und Schwere des Eingriffs und Gesundheitszustand des Patienten

- d) Instrumentarium und Geräte:
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
  - Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- e) Arzneimittel:
- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Die genannten Anforderungen für Endoskopien sind erfüllt.
- Folgende Anforderungen für Endoskopien sind **nicht** erfüllt:

**(Diese bitten wir einzeln / separat unten aufzuführen)**

---

---

### **XI. Zusätzliche Anforderungen für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle**

- Raumboflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen sollen diffus reflektierend beschaffen sein
- Die genannte Anforderung für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhlen ist erfüllt.
- Die Anforderung für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhlen ist **nicht** erfüllt.

**(Diese bitten wir einzeln / separat unten aufzuführen)**

---

---

### **XII. Zusätzliche Anforderungen für (endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler**

Ich besitze die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von

- Durchleuchtungen
- Röntgenuntersuchungen der Urogenitalorgane

### **XIII. Erklärung**

- Ich/Wir verpflichte/n mich/uns 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 Mitteln erlauben.
- Mir/Uns ist bekannt, dass unbeschadet dessen die organisatorischen, hygienischen und apparativ-technischen Voraussetzungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl und Spektrum des durchgeführten Eingriffes mindestens die jeweils genannten Bedingungen erfüllen müssen und die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher und berufsrechtlicher Bestimmungen davon ausdrücklich unberührt bleibt.
- Ich/Wir werde/n die KV RLP über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Anforderungen betreffen.
- Mir/Uns ist bekannt, dass für die Durchführung ambulanter Operationen in anderen als hier genannten Einrichtungen eine vorherige Genehmigung der KV RLP erforderlich ist. Ich/Wir werde/n die KV RLP über Änderungen des Ortes der Leistungserbringung informieren.
- Die von mir/uns bzw. meinen/unseren Vertretern durchgeführten ambulanten Operationen werden nach Facharztstandard, d. h. nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbaren Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens erbracht.



#### XIV. Allgemeines

- Ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine **Ermächtigung** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Aufgrund von § 7 Abs. 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren dürfen Genehmigungen zum ambulanten Operieren nur erteilt werden, wenn der Antragsteller/die Antragsteller sein/ihr Einverständnis zur Durchführung einer Praxisbegehung durch die Kommission erklärt.

Ich/Wir erkläre/n mein/unser Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)