



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

## ANTRAG

*(NUR FÜR FACHÄRZTE FÜR FRAUENHEILKUNDE)*

**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: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

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.
- dass ich ambulante Schwangerschaftsabbrüche durchführe.
- 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
<b>4. Anforderungen an den Ort der Durchführung</b>		
1. Operationen		
→ <b>Anlage 1</b> zu den räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für <b>1. ambulante Operationen</b> ist beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kleine invasive Eingriffe		
→ <b>Anlage 2</b> zu den räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für <b>2. Kleine invasive Eingriffe</b> ist beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen		
→ <b>Anlage 3</b> zu den räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für <b>3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen</b> ist beigefügt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Endoskopien		
→ <b>Anlage 4</b> zu den räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen für <b>4. Endoskopien</b> ist beigefügt	<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.

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

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

(zur Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen weiter auf Seite 11)

## Anlage 1 zum Antrag QS-V AOP

### 1. ambulante Operationen

#### § 6 Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen

**Nachfolgende aufgeführte Voraussetzungen liegen vollständig vor und werden vorgehalten:**

##### 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 Geräte
- 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

**Ich bestätige hiermit verbindlich, das vollständige Vorhalten vorgenannter Voraussetzungen.**



\_\_\_\_\_  
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**

## Anlage 2 zum Antrag QS-V AOP

### 2. Kleine invasive Eingriffe

#### § 6 Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen

**Nachfolgende aufgeführte Voraussetzungen liegen vollständig vor und werden vorgehalten:**

#### 2. Kleinere invasive Eingriffe

##### c. 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

##### d. Apparativ-technische Voraussetzungen

- Eingriffsraum
  - Raumboflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen
- 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 Infusions- 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

**Ich bestätige hiermit verbindlich, das vollständige Vorhalten vorgenannter Voraussetzungen.**



\_\_\_\_\_  
**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**

Anlage 3 zum Antrag QS-V AOP

### 3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen

**§ 6 Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen**

**Nachfolgende aufgeführte Voraussetzungen liegen vollständig vor und werden vorgehalten:**

**3. Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen**

e. Räumliche Ausstattung:

- Untersuchungs-/Behandlungsraum

f. 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 Fußboden

- 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, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

**Ich bestätige hiermit verbindlich, das vollständige Vorhalten vorgenannter Voraussetzungen.**



\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Im Falle der Anstellung:  
Stempel und Unterschrift  
Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ  
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

## Anlage 4 zum Antrag QS-V AOP

### 4. Endoskopien

#### § 6 Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen

**Nachfolgende aufgeführte Voraussetzungen liegen vollständig vor und werden vorgehalten:**

#### 4. Endoskopien

##### g. 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

##### h. 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 abgeseugtes 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, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial
  - Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung

**Ich bestätige hiermit verbindlich, das vollständige Vorhalten vorgenannter Voraussetzungen.**



\_\_\_\_\_  
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**



Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

## ANZEIGE Ausgelagerte Praxisräume

### I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

#### 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: ..... in Minuten

Leistungsspektrum: .....

.....

.....

2. Name/Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Entfernung zur eigenen Praxis: ..... in Minuten

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:  
 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**