

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

### Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

|  |
|--|
|  |
|--|

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

|  |
|--|
|  |
|  |

### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Fachrichtung

|  |
|--|
|  |
|--|

☐ Vertragsarzt   ☐ Angestellter Arzt   ☐ Ermächtigter Arzt\*   ☐ Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

**Zweigpraxis** (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- |          |                          |
|----------|--------------------------|
| 1. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. _____ | <input type="checkbox"/> |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Die Operationen werden in folgender (n) Operationseinrichtung (en) durchgeführt:  
(Bitte Namen und Anschrift angeben)

- ☐ in meiner Praxis/im MVZ
- ☐ in der Nebenbetriebsstätte (Filiale) \_\_\_\_\_
- ☐ in der Praxis eines Kollegen \_\_\_\_\_
- ☐ in einem Krankenhaus \_\_\_\_\_
- ☐ Ambulante Operationen      ☐ belegärztliche Operationen

**\*Hinweis Ermächtigung Ambulantes Operieren:**

Wird die beantragte Leistung bereits durch das Krankenhaus nach 115b SGB V erbracht, ist eine persönliche Erbringung derselben Leistung grundsätzlich ausgeschlossen.

- ☐ in einem OP-Zentrum \_\_\_\_\_

**Folgende ambulante Operationen beabsichtige ich in der OP-Einrichtung durchzuführen:**

| GOP: | OPS Code: | Leistungsbeschreibung / Kapitel |
|------|-----------|---------------------------------|
|      |           |                                 |
|      |           |                                 |
|      |           |                                 |
|      |           |                                 |
|      |           |                                 |
|      |           |                                 |

**Für folgende Eingriffe ist eine gesonderte Genehmigung zu beantragen:**

Arthroskopie

Invasive Kardiologie

IVM

Liposuktion beim Lipödem Stadium III

Laserverfahren bei benignen Prostata Syndrom

Photodynamische Therapie (PDT)

Phototherapeutische Keratektomie (PTK)

Koloskopie

**Eingriffsarten -Erläuterungen siehe Infoblatt-**

| Eingriffe                                                                 | Operationsraumeinrichtungen                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ambulante operative Eingriffe (EBM 31.2)         | OP-Raum                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> kleinere invasive Eingriffe                      | Eingriffsraum                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen | Untersuchungs- und Behandlungsraum                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Endoskopien                                      | Endoskopie - Raum                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle      | Laserraum* (nur für Augenärzte)<br>Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle<br>(*nur in Verbindung mit einem der 4 v. g. Räume) |

Die Eingriffe gemäß § 115 SGB V gliedern sich nach Ausmaß und Gefährungsgrad auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt 8/2000 Seite 644-648 und 4/2002 Seite 412-414)

**Fachliche Qualifikation**

☐ Ich bin Facharzt für \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

**Qualifikationsnachweise****Voraussetzungen**

Der Erwerb von eingehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten für Operationen (Facharztstandard) ist im Fachgebiet nach der Weiterbildungsordnung obligatorisch.

**Anforderungen an die Praxisausstattung**

Ich bestätige, dass die Anforderungen an die Praxisausstattung nach § 6 erfüllt sind.

**Dem Antrag sind folgende Nachweise beizufügen: (entfällt bei Mitbenutzung)**

Bauplan (Bauskizze der Praxis)

Hygieneplan

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen, organisatorischen, hygienischen und apparativtechnischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren entsprechen.

## Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 1. Dezember 2011.

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchsten Gebühren bis zu 300 € erhoben.

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk. Gebühr für Genehmigung

**Hinweis:** Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 820.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

|       |                         |                             |
|-------|-------------------------|-----------------------------|
| <hr/> | <hr/>                   | <hr/>                       |
| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift Antragssteller |

|       |                         |                           |
|-------|-------------------------|---------------------------|
| <hr/> | <hr/>                   | <hr/>                     |
| Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift Angestellter |

### **Bestätigung des OP-Betreibers ( nur bei Mitbenutzung erforderlich)**

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herrn \_\_\_\_\_ unsere OP-Raum Einrichtung für die Durchführung von ambulanten Operationen zur Verfügung steht.

Es wird versichert, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllt sind.

---

Datum

---

Stempel und Unterschrift des  
OP-Betreibers

**Unterschriftenformular zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| BAG                            | Datum ab             |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/> |
| <b>(Name des Anstellenden)</b> |                      |

|                                |                      |
|--------------------------------|----------------------|
| Name, Vorname des Angestellten | Anstellungsdatum     |
| <input type="text"/>           | <input type="text"/> |

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
| Ort/Datum            |

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel