

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Teilnahmeerklärung an der Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ambulanter Kataraktoperationen (Modul 1: Operationsmodul)

Hinweis: Die Berechtigung zur Abrechnung des Operationsmoduls A (Abrechnungsziffer 97442), des Operationsmoduls B (Abrechnungsziffer 97443) und der Komplexpauschale „Nachbehandlung / Operateur“ (Abrechnungsziffer 97445) besteht ab dem Zeitpunkt der Zustellung des Teilnahmebescheids durch die KVB.

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

*Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

*Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

*Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

*** WICHTIG:** Angestellte Ärzte benötigen zur Teilnahme an der Vereinbarung **zur strukturellen und finanziellen Förderung ambulanter Kataraktoperationen** die Genehmigung durch den anstellenden Arzt oder den ärztlichen Leiter.

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____
2. **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____
3. **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____
4. **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, Adresse: _____

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ambulanter Kataraktoperationen (Modul 1: Operationsmodul).

Hinweis: Ermächtigte Ärzte sowie ermächtigte Institute sind von der Teilnahme an dieser Vereinbarung ausgeschlossen.

Die parallele Teilnahme an mehreren Modulen ist ausgeschlossen. Sofern Ärzte bereits an einem anderen Katarakt-Modul teilnehmen, wird dieses Modul durch das aktuelle Modul ersetzt.

2. Teilnahmevoraussetzungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- a) ich über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen/ambulanter Anästhesien nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß §§ 14 und 15 des Vertrages nach § 115. Abs. 1 SGB V verfüge. Die KVB hat mir einen aktuell gültigen Bescheid erteilt.
- b) ich bislang mindestens 400 Kataraktoperationen eigenverantwortlich durchgeführt habe. (Stichtag: Einreichungsdatum dieser Teilnahmeerklärung)

Sollte die erforderliche Fallzahl in der Zeit als Vertragsarzt noch nicht nachgewiesen sein, so können Fälle aus dem stationären Bereich geltend gemacht werden.

- c) ich die Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b Abs. 1 SGB V in der jeweils aktuell gültigen Fassung sowie die einschlägigen gesetzlichen Vorgaben und wissenschaftlich anerkannten Richtlinien bezüglich Hygienestandards gemäß Anlage zu dieser Teilnahmeerklärung einhalte.
- d) ich in jeder Betriebsstätte, in der ich ambulante Kataraktoperationen durchführe, eine Notfallausrüstung bestehend aus Defibrillator (gewartet und geprüft nach der Medizinproduktebetreiberverordnung), Möglichkeit zur intranasalen Sauerstoffgabe, Absauggerät, Notfallkoffer mit Ambubeutel sowie Notfallmedikamente zur Versorgung eines akuten Notfallpatienten vorhalte.
- e) mindestens ein entsprechend qualifizierter nichtärztlicher Assistent und eine Hilfkraft in Bereitschaft bei der Durchführung der ambulanten Kataraktoperation anwesend sind. Die Anforderungen an die Qualifikation richten sich dabei nach den geltenden gesetzlichen Regelungen und wissenschaftlich anerkannten Richtlinien. Der Nachweis der Qualifikation und Weiterbildung ist auf Verlangen der KVB vorzulegen.

3. Teilnahmeverpflichtungen

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich,

- a) pro Quartal im Jahresschnitt mindestens 50 ambulante Kataraktoperationen im Rahmen dieser Vereinbarung (GOP 97442 oder 97443) eigenverantwortlich durchzuführen.
- b) den Defibrillator gemäß Medizinproduktebetriebsverordnung warten und prüfen zu lassen.
- c) für jede im Rahmen dieser Vereinbarung durchgeführte Kataraktoperation einen Dokumentationsbogen gemäß Anlage 3 der Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen auszufüllen und den ausgefüllten Dokumentationsbogen an den nachbehandelnden, konservativ tätigen Augenarzt weiterzuleiten bzw. in der eigenen Praxis aufzubewahren, sofern die postoperative Nachbehandlung durch mich selbst erbracht wird.

4. Entzug der Teilnahmeerlaubnis

Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und -verpflichtungen der Vereinbarung über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Kataraktoperationen (Modul 1: Operationsmodul) widerruft die KVB die Teilnahmeerlaubnis. Die Teilnahmeerlaubnis wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen.

Der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, ist frühestens nach Ablauf von zwei vollen Quartalen zur erneuten Teilnahme an der Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ambulanter Kataraktoperationen (Modul 1: Operationsmodul)

berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung einer Teilnahmeerklärung durch den Arzt sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

5. Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass in den Praxisräumen, in denen von mir Kataraktoperationen durchgeführt werden, Praxisbegehungen durch die KVB durchgeführt werden, um insbesondere die Einhaltung der Qualitätskriterien gemäß des Vertrages nach § 115 b SGB V und die Einhaltung der einschlägigen Hygienestandards gemäß Anlage 3 dieser Kataraktvereinbarung zu überprüfen. Ich ermögliche die Praxisbegehung innerhalb von 21 Kalendertagen nach deren schriftlicher Ankündigung und wirke im erforderlichen Umfang mit. Mir ist bekannt, dass die Praxisbegehung grundsätzlich durch die KVB erfolgt, sich auf Wunsch aber auch der kassenseitige Vertragspartner bzw. der MDK beteiligen kann.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben in dieser Erklärung.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter/MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt



Stempel Antragsteller

Teilnahmeerklärung – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Die Teilnahmebestätigung wird dem MVZ zugesandt.

Anlage zur Teilnahmeerklärung an der Vereinbarung zur strukturellen und finanziellen Förderung ambulanter Kataraktoperationen (Modul 1: Operationsmodul)

Hygienestandards

- a. Einhaltung der Mindestanforderungen gemäß den Hygienerichtlinien des Robert Koch **Instituts (RKI)**. **Eine entsprechende Bestätigung des zuständigen Gesundheitsamtes oder ein Gutachten eines anerkannten Hygieneinstituts** ist vorzuhalten.
- b. Einhaltung der vom RKI für die Instrumentenaufbereitung und Sterilisation vorgegebenen Anforderungen.
- c. Einhaltung der Vorgaben aus:
 - Infektionsschutzgesetz (IfSG)
 - Medizinproduktegesetz (MPG)
 - Medizinprodukte Betreiberverordnung (MPBetreib)
 - Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des RKI insbesondere mit den Kapiteln:
 - + Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten
 - + Anforderungen der Hygiene an die Abfallentsorgung
 - + Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen
 - + Surveillance in Einrichtungen für das ambulante Operieren
- d. Einhaltung der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) des Arbeitskreises Krankenhaus- und Praxishygiene, insbesondere
 - Hygieneanforderungen im Rahmen der Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren
 - OP-Kleidung und Patientenabdeckung
- e. Einhaltung der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), insbesondere Qualitätssicherung praxisambulanter Anästhesie
- f. Einhaltung der DIN-/DIN EN Normen, insbesondere
 - DIN EN 285 Großdampfsterilisatoren
 - DIN EN 554 Validierung und Routineüberwachung für die Sterilisation mit feuchter Hitze**oder**
 - DIN EN 13060 Dampfkleinsterilisatoren
 - DIN EN 868 Verpackungsmaterialien und Systeme für zu sterilisierende Medizinprodukte
 - DIN 58953, 7-10 Sterilgutversorgung
- g. Die Sterilgutaufarbeitung darf nur durch Personal mit erfolgreich abgeschlossenem Sachkundenlehrgang gemäß § 4 Abs. 3 Medizinproduktebetreiberverordnung oder Fachkundelehrgang 1 zum technischen Sterilisationsassistenten gemäß der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) durchgeführt werden.
- h. Es ist ein Rahmenhygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vorzuhalten.