

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Reutlingen
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhastr. 11
72770 Reutlingen

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung Ambulanter Operationen

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen.

Ich erkläre, dass ich im Zusammenhang mit der Erbringung von Eingriffen gemäß § 115b SGB V die Anforderungen der derzeit gültigen Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operationen erfülle.

Organisatorische, hygienische, räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen nach §§ 4, 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

- Ich erfülle die allgemeinen organisatorischen Voraussetzungen, die nach § 4 Absatz 1 der Vereinbarung für alle Eingriffe gelten.
- Ich erfülle die hygienischen Voraussetzungen, die nach § 5 der Vereinbarung für alle Eingriffe gelten.
- Ich erfülle die Voraussetzungen an die räumliche und apparativ-technische Ausstattung nach § 6 Absatz 2 für folgende Eingriffe:
 - a) Operationen, § 6 Absatz 2 Nr. 1
 - b) Kleinere invasive Eingriffe, § 6 Absatz 2 Nr. 2
 - c) Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen, § 6 Absatz 2 Nr. 3
 - d) Endoskopien, § 6 Absatz 2 Nr. 4
 - e) Laserbehandlungen gemäß § 6 Absatz 3
- Für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle gilt zusätzlich zu den Erfordernissen nach § 6 Absatz 2 Nr. 1 bis 4 insbesondere folgende Anforderung:
Raumoberflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen sollen diffus reflektierend beschaffen sein.
- Im Übrigen wird gemäß § 6 Absatz 5 der oben genannten Vereinbarung die ordnungsgemäße Erfüllung der organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen insbesondere dann angenommen, wenn die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut beachtet werden.

- Die Ambulanten Operationen werden durchgeführt

in eigener Praxis: Eingriffe gemäß a) b) c) d) e)

in der folgenden Nebenbetriebsstätte: a) b) c) d) e)

durch Mitbenutzungsmöglichkeit in der Praxis/
im Krankenhaus/MVZ/OP-Zentrum: a) b) c) d) e)

(Bitte beigefügte Nutzungserklärung ausgefüllt und unterschrieben mit einreichen.)

Fachliche Befähigung nach § 3

Eingriffe gemäß § 115b SGB V sind nach Facharztstandard zu erbringen. Eingriffe gemäß § 115b SGB V sind nur von Fachärzten, unter deren Assistenz oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.

Ist für bestimmte Eingriffe gemäß § 115b SGB V über das Recht zum Führen einer Facharztbezeichnung hinaus nach den jeweils gültigen Weiterbildungsordnungen der Erwerb einer Schwerpunktbezeichnung, einer Fachkunde und/oder der Abschluss einer fakultativen Weiterbildung Voraussetzung, können solche Eingriffe nur erbracht werden, wenn der erfolgreiche Abschluss dieser zusätzlichen Weiterbildung durch entsprechende Zeugnisse und/oder Bescheinigungen nachgewiesen worden ist.

Einverständniserklärung nach § 7 Absatz 4

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg (KVBW) kann von Ihnen den Nachweis der in den §§ 4 bis 6 genannten Anforderungen verlangen. Die KVBW kann die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen, die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.

Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.

Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind und werde die KVBW über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

**Nutzungserklärung für die Durchführung von Eingriffen nach § 115b SGB V
in anderer Praxis / Krankenhaus / MVZ oder OP-Zentrum**

Ich habe mich davon überzeugt, dass die genannten Räumlichkeiten die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen gemäß den §§ 4, 5 und 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operationen erfüllen.

Ich bin gemäß einer getroffenen Vereinbarung berechtigt, die ambulanten OP-Räume zu nutzen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Antragsteller

Antragsteller (ggf. Titel, Name, Vorname)

ist gemäß einer mit uns/mir getroffenen Vereinbarung berechtigt, die ambulanten OP-Räume zu nutzen.

Wir versichern, dass o. g. Angaben der Richtigkeit entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel andere Praxis, Krankenhaus, MVZ
oder OP-Zentrum

Ausgelagerte Praxisräume

Erbringt der Vertragsarzt spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz (ausgelagerte Praxisräume), hat er Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit seiner Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 24 Abs. 5 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) unverzüglich anzuzeigen.

Speziell sind die Leistungen dann, wenn sie bezogen auf das sonstige Leistungsspektrum der Vertragsarztpraxis deutlich abgrenzbar und in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Hinsicht tatsächlich als speziell anzusehen sind. Damit ist auch verbunden, dass in den ausgelagerten Praxisräumen keine Sprechstunden abgehalten werden dürfen und der Erstkontakt mit dem Patienten am Vertragsarztsitz erfolgen muss. Des Weiteren liegen ausgelagerte Praxisräume, aufgrund der vorgeschriebenen räumlichen Nähe in der Regel nicht mehr als 30 Minuten vom Vertragsarztsitz entfernt.

Voraussetzungen für die Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen sind grundsätzlich:

- es werden grundsätzlich nur spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen erbracht
- die Räumlichkeiten befinden sich in der Regel nicht mehr als 30 Minuten vom Vertragsarztsitz entfernt
- der Erstkontakt erfolgt am Vertragsarztsitz
- in den ausgelagerten Praxisräumen werden keine Sprechstunden durchgeführt
- persönliche Leistungserbringung
- klare
 - räumliche,
 - personelle
 - und organisatorische
- Abgrenzung zur Umgebung. Dies ist ggf. durch Risszeichnungen/Nutzungsverträge nachzuweisen
- Kenntlichmachung der ausgelagerten Praxisräume durch ein eigenes Praxisschild

Das Aufnahmeformular und Ihre Ansprechpartner bei der KVBW im Bereich ausgelagerte Praxisräume finden Sie auf unserer Homepage unter

www.kvbawue.de/praxis/niederlassung/vertragsarztspflichten/ausgelagerte-praxisraeume/

Erbringung von genehmigungspflichtigen Leistungen in ausgelagerten Praxisräumen

Möchten Sie in den ausgelagerten Praxisräumen genehmigungspflichtige Leistungen erbringen (z. B. Radiologie/Ultraschall/ambulantes Operieren) für die standort- oder apparatebezogene Genehmigungen erteilt werden, so benötigen Sie hierfür eine auf die ausgelagerten Praxisräume bezogene Genehmigung.

Diese erteilt der Geschäftsbereich Qualitätssicherung. Detaillierte Informationen (Gebührennummern, Anträge, Ansprechpartner usw.) finden Sie auf der Internetseite der KV Baden-Württemberg unter www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/

Die dort genannten Ansprechpartner des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung helfen Ihnen gerne weiter.

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich Sicherstellung
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

Frau Paulus | Telefon 0761 884- 4242 | Fax 0761 884- 483867 | (Bezirksdirektion Reutlingen und Stuttgart)
Frau Dineva | Telefon 0761 884- 4244 | Fax 0761 884- 483867 | (Bezirksdirektion Freiburg und Karlsruhe)

Erklärung auf ausgelagerte Praxisräume

gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

BSNR/Name des Antragstellers

Bitte beachten Sie, dass sofern Ihre angestellten Ärzte ebenfalls in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden sollen, diese Tätigkeit ebenfalls anzeigepflichtig ist.

Vorname, Name des ggf. angestellten Arztes

Die Tätigkeitsaufnahme in den ausgelagerten Praxisräumen erfolgt zum:

Aufnahmedatum

Die ausgelagerten Praxisräume befinden sich

in einer Vertragsarztpraxis/einem MVZ in einem Krankenhaus in sonstigen Räumen

Anschrift der ausgelagerten Praxisräume

Name

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon/Telefax

Genehmigungspflichtige Leistungen

(eine Genehmigung für diese Leistungen liegt seitens der KV Baden-Württemberg vor)

(Bitte detailliert angeben mit 5-stelligen EBM-Gebührennummern – ggf. gesondertes Blatt beilegen)

Text	EBM-Gebührennummer

Begründung:

Nicht-genehmigungspflichtige Leistungen

(Bitte detailliert angeben mit 5-stelligen EBM-Gebührennummern – ggf. gesondertes Blatt beilegen)

Text	EBM-Gebührennummer

Begründung:

Die Entfernung und Fahrzeit zwischen Hauptpraxis und den geplanten ausgelagerten Praxisräumen beträgt: _____ km _____ Minuten.

(Die Entfernung muss für die Patienten zumutbar sein. Dies wird derzeit als gewahrt angesehen, wenn die ausgelagerten Praxisräume in der Regel nicht mehr als **30 Minuten Fahrzeit** von der Hauptpraxis aus entfernt liegen.)

Die Patienten werden in die ausgelagerten Praxisräume bestellt, nachdem der **Erstkontakt am Vertragsarztsitz** stattgefunden hat.

In den ausgelagerten Praxisräumen werden **keine Sprechstunden** angeboten.

Das Gebot der **persönlichen Leistungserbringung** (§ 15 Bundesmantelvertrag – Ärzte) wird erfüllt.

Die Räumlichkeiten sind

- räumlich
- personell
- und organisatorisch

zur Umgebung abgegrenzt. Es gibt keine „Doppelnutzung“ von Räumen und bei gemeinsamer Nutzung von Personal klare Abgrenzbarkeit in zeitlicher und organisatorischer Hinsicht (ggf. durch Vorlage von Überlassungsverträgen, Grundrisszeichnungen, etc. nachzuweisen).

Mir ist bekannt, dass sämtliche Änderungen, insbesondere

- des Leistungsspektrums in den ausgelagerten Praxisräumen
- der Adresse der ausgelagerten Praxisräume
- der Beendigung der Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen

der KV Baden-Württemberg umgehend mitzuteilen sind.

Ich bestätige, dass die geforderten Voraussetzungen bzgl. ausgelagerter Praxisräume erfüllt sind.

Ort/Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift(en)

Bitte beachten Sie, dass die Erklärung vollständig und leserlich ausgefüllt ist und von allen Ärzten unterschrieben wird, welche in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden möchten. Bei angestellten Ärzten ist die Erklärung von dem oder den Ansteller(n) zu unterschreiben, bei Medizinischen Versorgungszentren vom berechtigten Geschäftsführer oder dem Ärztlichen Leiter.

Für Fragen stehen Ihnen gerne unter den Telefonnummern 0761 884-4242 Frau Paulus (Bezirksdirektion Reutlingen und Stuttgart) und 0761 884-4244 Frau Dineva (Bezirksdirektion Freiburg und Karlsruhe) zur Verfügung.

Antwortfax

Hier bitte Ihre Faxnummer eintragen: _____

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg bestätigt Ihnen den Erhalt Ihrer Anzeige hinsichtlich der ausgelagerten Praxisräume in

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift KVBW