

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

Absender/Stempel

Cinzia Sarro | Telefon 07121 917-2379 | Fax 07121 917-483857 | [cinzia.sarro@kvbawue.de](mailto:cinzia.sarro@kvbawue.de)

## Antrag

### auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von belegärztlichen 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/genehmigungspflichtige-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 bei belegärztlichen Operationen erfülle. Dies ist Voraussetzung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel 36.2 EBM (vgl. Präambel 36.2.1 Nr. 2.).

### **Organisatorische, hygienische, räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen nach §§ 4, 5 und 6**

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.

Folgende belegärztlichen Operationen

- a)  b)  c)  d)  e)

werden im folgenden Krankenhaus / Praxis- / OP-Zentrum / MVZ durchgeführt

---

(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 Einrichtung 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 Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (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 belegärztlicher Operationen aus dem Kapitel 36.2 EBM nach § 115b SGB V im Krankenhaus / Praxis- / OP-Zentrum / MVZ

Ich bin gemäß einer getroffenen Vereinbarung berechtigt, die folgenden OP-Räume zu nutzen:

---

Anschrift

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.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

---

Antragsteller(ggf. Titel, Name, Vorname)

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

Wir versichern, dass die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen gemäß den §§ 4, 5 und 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt sind.

---

Ort, Datum

---

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