

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Haldenhausstraße 11  
72770 Reutlingen

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen

### Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

### Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_____	
Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

### Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

### Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/ambulante-operationen](http://www.kvbawue.de/ambulante-operationen)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage 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 Operieren erfülle.

### Fachliche Befähigung nach § 3

Eingriffe gemäß § 115b SGB V werden nach Facharztstandard erbracht, und zwar von mir als Facharzt, unter meiner Assistenz oder unter meiner unmittelbaren Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens.

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, werden solche Eingriffe nur erbracht, wenn der erfolgreiche Abschluss dieser zusätzlichen Weiterbildung durch entsprechende Zeugnisse und/oder Bescheinigungen nachgewiesen worden ist.

### 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:

- Eingriffe in eigener Praxis/Einrichtung bzw. als Ermächtigter am Krankenhaus:** {AOP1}
- Operationen, § 6 Absatz 2 Nr. 1
- Kleinere invasive Eingriffe, § 6 Absatz 2 Nr. 2
- Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen, § 6 Absatz 2 Nr. 3
- Endoskopien, § 6 Absatz 2 Nr. 4
- 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.

**Eingriffe in folgender Nebenbetriebsstätte:**

{AOP1}

---

Adresse

Operationen, § 6 Absatz 2 Nr. 1

Kleinere invasive Eingriffe, § 6 Absatz 2 Nr. 2

Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen,  
§ 6 Absatz 2 Nr. 3

Endoskopien, § 6 Absatz 2 Nr. 4

Laserbehandlungen, § 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.

**Eingriffe in folgenden ausgelagerten Praxisräumen (Mitbenutzung von Räumen in einer Praxis/ im Krankenhaus/ MVZ/OP-Zentrum)**

{AOP2}



---

Adresse

Operationen, § 6 Absatz 2 Nr. 1

Kleinere invasive Eingriffe, § 6 Absatz 2 Nr. 2

Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen,  
§ 6 Absatz 2 Nr. 3

Endoskopien, § 6 Absatz 2 Nr. 4

Laserbehandlungen, § 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.

**Bitte bei ausgelagerten Praxisräumen beigefügte Nutzungserklärung (Seite 5) und sofern noch nicht geschehen die Erklärung zu ausgelagerten Praxisräumen (siehe Anhang) ausgefüllt und unterschrieben mit einreichen.**

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind, und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## 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



## 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 KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

## Nutzungserklärung für die Durchführung von Eingriffen in ausgelagerten Praxisräumen (Mitbenutzung von Räumen in einer Praxis/ im Krankenhaus/ MVZ/OP-Zentrum)

### Vom Operateur auszufüllen

Ich (Antragsteller bzw. angestellter Arzt) habe mich davon überzeugt, dass die genannten Räumlichkeiten die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen nach §§ 4, 5 und 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs.2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllen.

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


\_\_\_\_\_  
Titel                      Vorname                      Nachname                      

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
LANR (Arzt-Nr)

### Anschrift Praxis:

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.                      PLZ                      Ort



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller bzw. angestellter Arzt

### Von Verantwortlichen der ausgelagerten Praxisräume auszufüllen

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

### Anschrift der ausgelagerten Praxisräume

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.                      PLZ                      Ort

Datum 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ Stempel der/des Verantwortlichen  
ausgelagerte Praxisräume

# 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
  - organisatorische
  - und datenschutzrechtlicheAbgrenzung zur Umgebung. Dies ist ggf. durch Risszeichnungen/Nutzungsverträge nachzuweisen.
- Kenntlichmachung der ausgelagerten Praxisräume durch ein eigenes Praxisschild



Das Aufnahmeformular und weitere Informationen finden Sie unter: [www.kvbawue.de/ausgelagerte-praxisraeume](http://www.kvbawue.de/ausgelagerte-praxisraeume)

**Für Rückfragen erreichen Sie das Team ausgelagerte Praxisräume unter der Telefonnummer: 0761 884-4272 oder per E-Mail an [zweigpraxis@kvbawue.de](mailto:zweigpraxis@kvbawue.de)**

## 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/Verordnungsmanagement. Die Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen kann erst ab dem Zeitpunkt aufgenommen werden, ab welchem die entsprechende Genehmigung seitens des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement erteilt wurde.

Detaillierte Informationen (Gebührennummern, Anträge, Ansprechpartner usw.) finden Sie auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg unter [www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen](http://www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen). Die dort genannten Ansprechpartner des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement helfen Ihnen gerne weiter.

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

**Absender/Stempel**

Team Sicherstellung/ausgelagerte Praxisräume | Telefon 0761 884-4272 | Fax 0761 884-483867

# Erklärung zu ausgelagerten Praxisräumen

gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

\_\_\_\_\_  
Name des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Vorname des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
BSNR

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

\_\_\_\_\_  
Name des ggf. angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Vorname des ggf. angestellten Arztes

Die Tätigkeitsaufnahme in den ausgelagerten Praxisräumen erfolgt zum

\_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie, dass die Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen zur Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen nicht vor dem Vorliegen der entsprechenden Genehmigung seitens des Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement aufgenommen werden kann.

Die ausgelagerten Praxisräume befinden sich

- in einer Vertragsarztpraxis/einem MVZ       in einem Krankenhaus       am Privatwohnsitz
- 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)

<b>Text</b>	<b>EBM-Gebührennummer</b>

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 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
- organisatorisch
- und datenschutzrechtlich

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.

Bitte beachten Sie, dass Abrechnungsgenehmigungen für qualitätsgesicherte Leistungen oftmals an den Ort gebunden sind. Je nach Genehmigungsart sind für Ihre ausgelagerten Praxisräume neue Anträge bzw. Gerätenachweise erforderlich. Die Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen zur Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen kann nicht vor dem Vorliegen der entsprechenden Genehmigung seitens des Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement aufgenommen werden.

Anträge, Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/](http://www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/)

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

---

Ort/Datum

Vertragsarztstempel/Unterschrift(en)

**Die Erklärung ist von allen Ärzten zu unterschreiben, 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. Bitte füllen Sie die Erklärung vollständig und leserlich aus.**