

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

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von belegärztlichen 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/belegaerztliche-leistungen

Ich beantrage, folgende Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

Belegärztliche Operationen {AOB}

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.).

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

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:

- 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: Raumboflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen sollen diffus reflektierend beschaffen sein.

Die belegärztlichen Operationen werden im folgenden Krankenhaus durchgeführt

Bitte beigefügte Nutzungserklärung 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 belegärztlicher Operationen aus dem Kapitel 36.2 EBM nach § 115b SGB V im Krankenhaus

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 nach §§ 4, 5 und 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs.2 SGB V zum ambulanten Operieren erfüllen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt

Nachfolgend von Verantwortlichen des Krankenhauses/ der Praxis/ OP-Zentrum/ MVZ/ auszufüllen



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 nach §§ 4, 5 und 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt sind.

Ort, Datum

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