

**Qualitätssicherung**

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt  
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner:  
S. Franke - Tel.: 069 79502-578  
A. Maiwald - Tel. 069 79502-465  
B. Winterhalter Tel. 069 79502-261  
Fax: 069 79502-376  
E-Mail: QS.Ambulantes-OP@KVHessen.de

**Arthroskopie**

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

**Allgemeine Angaben**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Approbationsjahr \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Vertragsärztliche Tätigkeit** beantragt am \_\_\_\_\_

als Ärztin / Arzt für \_\_\_\_\_

**Tätigkeit als:**  Vertragsarzt  angestellter Arzt<sup>1</sup>  ermächtigter Arzt  Assistent<sup>1</sup>

**Anschrift des Standortes:**  Vertragspraxis \_\_\_\_\_

MVZ \_\_\_\_\_

Klinik / Institut \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**Nebenbetriebsstättennummer(n)**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?**

ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ zu stellen.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

## I. Antrag

- Ich beantrage die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

## II. Fachliche Befähigung gemäß § 4 der Arthroskopie-Vereinbarung

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und entsprechende Zeugnisse, Bescheinigungen beifügen!)

### Fachliche Befähigung nach § 4 Abs. 1

**Ich kann folgende Qualifikation nachweisen:**

- Fakultative Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ im Gebiet Orthopädie (berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

**oder**

- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ (berechtigt ausschließlich zur Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände)

### Fachliche Befähigung nach § 4 Abs. 2

**Ich kann folgende Qualifikation nachweisen:**

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Chirurgie oder Orthopädie

**und (!)**

- Nachweis von insgesamt mindestens 180 selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen unter Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes (berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

Von diesen 180 Arthroskopien entfallen mindestens jeweils 30 auf nachfolgend aufgeführte arthroskopische Operationen:

- Arthroskopische Operation mit Meniskus-(Teil-)Resektion, Plica-(Teil-)Resektion, (Teil-)Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper
- Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions
- Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischer Ersatz eines Bandes

**Oder (alternative Qualifikation)**

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Chirurgie oder Orthopädie

**und (!)**

- Nachweis von insgesamt mindestens 180 selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen mit mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen:
- Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie
  - Rekonstruktive arthroskopische Operation

### III. Räumliche und apparative Voraussetzungen gemäß § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung:

Voraussetzung für die Abrechnung von arthroskopischen Leistungen ist eine Erklärung über die Erfüllung von Anforderungen nach der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V“.

- die „Erklärung nach § 115 b SGB V“ ist diesem Antrag ausgefüllt beigelegt.
- Ich habe die „Erklärung nach § 115 b SGB V“ bereits bei der KV Hessen eingereicht bzw. verfüge über eine (Alt-)Genehmigung zum Ambulanten Operieren gemäß § 115 b SGB V.

Für die Erbringung der arthroskopischen Leistungen ist zusätzlich die Erfüllung der im Folgenden aufgeführten räumlichen Voraussetzungen nachzuweisen:

- ✓ Räumliche Trennung (z. B. durch Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraums von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes.
- ✓ Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum nicht zulässig.
- ✓ Als Anforderung an die apparative Ausstattung ist eine Fernsehkette vorzuhalten.

- Hiermit erkläre ich, dass zur Ausführung von arthroskopischen Leistungen die zuvor aufgeführten räumlichen und apparativen Voraussetzungen am Ort der Leistungserbringung im Sinne der Arthroskopie-Vereinbarung gemäß § 5 erfüllt sind.

Die räumlichen und apparativen Voraussetzungen nach § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung sind

- in eigener Praxis mit BSNR \_\_\_\_\_
- durch Mitbenutzungsmöglichkeit:
  - in der Praxis mit BSNR \_\_\_\_\_
  - im Krankenhaus / MVZ / OP-Zentrum:

---

(Bitte die Nutzungserklärung ausgefüllt und unterschrieben mit einreichen.)

## IV. Bemerkungen

---

---

### Hinweis

- Hinweis für Ärzte / Psychotherapeuten, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden. Gegebenenfalls ist hier der einschränkende Ermächtigungsrahmen zu beachten.

### Erklärungen

- Ich erkläre mein Einverständnis zur evtl. notwendigen Durchführung einer Überprüfung der räumlichen und apparativen Gegebenheiten durch die Arthroskopie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 6 Abs. 3 dieser Vereinbarung.
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers  
ggf. Vertragsarztstempel

### **Gilt nur für angestellte Ärzte**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes