



**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**

bei **STANDORTWECHSEL**

**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>: \_\_\_\_\_

<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.

**Hiermit beantrage ich nach der o. g. Vereinbarung die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung**

- von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

**Bitte ankreuzen:**

- Wechsel des Operationsstandortes**
- Zusätzliche/r Operationsstandort**
- Bauliche Veränderung am OP-Standort**

**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“ bei Standortwechsel ist diesem Antrag ausgefüllt beigelegt.
- Ich habe die „Erklärung nach § 115 b SGB V“ bei Standortwechsel, 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 versichere 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.

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des **Antragsstellers**  
ggf. Vertragsarztstempel

Hiermit bestätige ich, dass meine OP-Einrichtung

Frau / Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_

zur Ausführung von athroskopischen Leistungen die zuvor aufgeführten räumlichen und apparativen Vorraussetzung am Ort der Leistungserbringung im Sinne der Arthroskopie-Vereinbahrung gemäß § 5 erfüllt sind..

.....  
Ort, Datum

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

**Gilt nur für angestellte Ärzte**

.....  
Ort, Datum

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