

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt



## CHASSAIGNAC-HANDGRIFF

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen nach § 115 b SGB V Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (QSV ambulantes Operieren)

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Qualitätssicherung  
Team 1

Stefanie Gilmer  
Heike Morbitzer  
Julia Reinhardt  
Luisa Casola-Gallschneider

Tel 069 24741-7217  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.1@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062  
Frankfurt www.kvhessen.de

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

#### Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

#### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes

in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

Instituts-  
ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen  
Leiters

Sicherstellungs-  
assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

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

**Die ambulanten Operationen werden durchgeführt (bitte jeweils mit Anschrift und BSNR angeben):**

in eigener Praxis \_\_\_\_\_

Weitere Standorte (z.B. Zweigpraxis) \_\_\_\_\_

**Leistungsspektrum**

**Beantragte Leistungen:**

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der in Anlage 1 Abschnitt 2 und 3 zum Vertrag nach § 115 b SGB V genannten EBM-Leistung **31912** (Einrichtung von Frakturen und/ oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes) außerhalb des Kapitels 31.2 EBM

## GENEHMIGUNGSVORAUSSETZUNGEN

### Fachliche Befähigung\*: § 3 (zutreffendes bitte ankreuzen)

Folgende Fachliche Befähigungen nach § 3 der QSV ambulantes Operieren werden sichergestellt: Eingriffe gemäß § 115 b SGB V werden nach dem jeweiligen zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht. Demnach sind diese Eingriffe nur von Fachärzten, unter Assistenz von Fachärzten oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens zu erbringen.

- Facharzturkunde ist beigelegt.
- Facharzturkunde liegt der KVH bereits vor (z.B. im Arztregister).

### Organisatorische Voraussetzungen: § 4

Die organisatorische Voraussetzungen nach § 4 der QSV ambulantes Operieren **werden sichergestellt**.

### Hygienische Voraussetzungen: § 5

Die hygienische Voraussetzungen nach § 5 der QSV ambulantes Operieren **werden sichergestellt**

### Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen: § 6

Die räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen nach § 6 der QSV ambulantes Operieren werden in den von mir genutzten Räumen für **die Eingriffsart Invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen bestätigt**

### Erklärungen und Hinweise

- Ergeben sich Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite, erkläre ich mich mit einer Begehung und einem Gespräch am Ort der Leistungserbringung gemäß § 7 Abs. 4 der QSV ambulantes Operieren einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Vereinbarung Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zulässig ist.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

**Gilt nur bei angestellten Ärzten:**

.....  
Datum

.....  
**Unterschrift des anstellenden Arztes  
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**

.....  
Stempel

Stand: September 2024