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 stationsersetzenden 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
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 I 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 I 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[1]:

☐ 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

[1]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 beigefügt.

☐ 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.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Datum	Unterschrift des Antragsstellers	ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

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

Stand: Januar 2025