

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



Arthroskopie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen bei Veränderung des Standortes Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (Arthroskopie-Vereinbarung)

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 _____

Hiermit beantrage ich für mich bzw. für den angegebenen angestellten Arzt eine Änderung hinsichtlich des/r Operationsstandorte/s:

- Neuer Operationsstandort
- Zusätzlicher Operationsstandort
- Wechsel des Operationsstandortes
(bisherige/r Operationsstandort/e wird/werden nicht mehr genutzt)
- Bauliche Veränderung am OP-Standort

Angaben zu bereits genehmigten OP-Standorten

- 1. _____
Praxisanschrift (wenn ambulante OP's durchgeführt werden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Betriebsstättennummer
- 2. _____
Anschrift OP-Standort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nebenbetriebsstättennummer
- 3. _____
Anschrift OP-Standort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nebenbetriebsstättennummer
- 4. _____
Anschrift OP-Standort

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Nebenbetriebsstättennummer

Angaben zum neuen OP-Standort

- 1. _____
Anschrift
- 2. _____
Anschrift

→ Bei einem zusätzlichen Operationsstandort wird die neue Nebenbetriebsstättennummer durch die Fachabteilung beantragt und Ihnen mitgeteilt.

Leistungsspektrum (GOP 31141 bis 31148)

Beantragte Leistungen:

- Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen (GOP 31141 bis 31148) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Genehmigungsvoraussetzungen

Gemäß § 2 der Arthroskopie-Vereinbarung sind arthroskopische Leistungen erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig.

Sie ist zu erteilen, wenn der Arzt nach den §§ 3 und 4 der Arthroskopie-Vereinbarung die Qualifikationsvoraussetzungen der Arthroskopie-Vereinbarung, sowie die Voraussetzungen nach den §§ 3, 4 und 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) vollständig erfüllt.

Hiermit erkläre ich, dass am neuen Operationsstandort

- die räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen nach § 4 Arthroskopie-Vereinbarung sind sichergestellt.
- die organisatorischen Voraussetzungen nach § 4 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren sind sichergestellt.
- die hygienischen Voraussetzungen nach § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren sind sichergestellt.

Hinweis: Die ordnungsgemäße Erfüllung der organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen wird insbesondere dann angenommen, wenn die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut beachtet werden (§ 6 Abs. 5).

Nutzungserklärung für die Durchführung von Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren sowie für die Ausführung von arthroskopischen Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (Arthroskopie-Vereinbarung):

Hiermit bestätige ich, dass meine OP-Einrichtung

von Frau / Herrn Dr. med. _____

für die Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren sowie zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (Arthroskopie-Vereinbarung) genutzt werden kann.

.....
Ort, Datum

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

→ Bitte die getroffene schriftliche Vereinbarung, die Sie zur Nutzung der OP-Räume berechtigt, in Kopie diesem Antrag beilegen.

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 QSV ambulantes Operieren einverstanden.
- 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.
- 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 arthroskopischen Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V (Arthroskopie-Vereinbarung) erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zulässig ist.
- 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.

.....
Ort, Datum

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

Gilt nur bei angestellten Ärzten

.....
Ort, Datum

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

Stand: September 2024