

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

Arthroskopie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (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
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 Tätigkeit¹:

- 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

Die Arthroskopien werden durchgeführt (Bitte jeweils mit Anschrift angeben):

- in eigener Praxis mit der BSNR _____

- durch Mitbenutzungsmöglichkeit: **(Bitte die Nutzungserklärung ausgefüllt und unterschrieben vom Leiter des OP-Standortes mit einreichen.)**
- in der Praxis mit der BSNR _____
- im Krankenhaus / OP-Zentrum: _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

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

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/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Genehmigungsvoraussetzungen

Leistungsspektrum und Fachliche Befähigung (§ 3 Arthroskopie-Vereinbarung): Die fachliche Befähigung gilt als nachgewiesen, wenn die folgenden Voraussetzungen nach § 3 Arthroskopie-Vereinbarung vorliegen und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden. Bitte fügen Sie zum Nachweis die geforderten Unterlagen (Facharzturkunde, Nachweis über die Zusatzbezeichnung, weitere Zeugnisse bzw. Bescheinigungen (inkl. der geforderten Operationszahlen).

Bitte den entsprechenden Abschnitt auswählen und *Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Arthroskopische Leistungen an **Knie und Schulter sowie Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken und weiteren in der Arthroskopie-Vereinbarung nicht genannten Gelenken**

Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“

ODER

Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“

und

Nachweis von mindestens 25 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Kniegelenk, davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen

und

Nachweis von mindestens 25 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Schultergelenk, davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen

ODER

Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“

und

Nachweis von mindestens 115 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Kniegelenk, davon mindestens 30 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Schultergelenk (davon jeweils mindestens 20 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk und mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Schultergelenk).

Bitte den entsprechenden Abschnitt auswählen und *Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Arthroskopische Leistungen an der Hüfte

- Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“

ODER

- Führen der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“

und

- Nachweis der Anforderungen für arthroskopische Operationen an Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken (s. o.)

und

- Nachweis von 15 durchgeführten arthroskopischen Operationen an der Hüfte.

Arthroskopische Leistungen an den Händen (Handgelenke und Hände)

- Führen der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ mit Nachweis von 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an Händen

ODER

- Führen der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“

und

- Erfüllung der fachlichen Befähigung für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter sowie Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken (s.o.)

und

- Nachweis von 20 durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an der Hand.

Bitte den entsprechenden Abschnitt auswählen und Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Arthroskopische Operationen bei **Kindern und Jugendlichen**
- Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie“
- und**
- Nachweis von 20 durchgeführten arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen.

Hinweis:

Die nachzuweisenden Eingriffe müssen **selbständig unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Ärztin oder weiterbildungsbefugten Arztes oder im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit erbracht worden sein.

Räumliche und apparative Voraussetzungen (§ 4 Arthroskopie-Vereinbarung):

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

- Räumliche Trennung (z. B. 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 Vorrichtung zur Videodokumentation (Tape oder Print) vorzuhalten und nachzuweisen
- Hiermit erkläre ich, dass zur Ausführung arthroskopischer Leistungen die zuvor aufgeführten räumlichen und apparativen Voraussetzungen am Ort der Leistungserbringung im Sinne des § 4 der Arthroskopie-Vereinbarung erfüllt sind.

Sonstige Anforderungen

Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen ist gemäß § 2 der Arthroskopie-Vereinbarung eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

- Der Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren ist diesem Antrag ausgefüllt und unterschrieben beigelegt.
- Ich habe den Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren bereits bei der KV Hessen eingereicht bzw. verfüge über eine (Alt-) Genehmigung zum ambulanten Operieren.

Erklärungen und Hinweise

- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Arthroskopie-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gem. § 5 Abs. 11 der Arthroskopie-Vereinbarung die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen können, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung gemäß § 4 entsprechen.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- Hinweis für Ärzte, 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.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mit 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: Oktober 2025