

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/ oder betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

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

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt ☐ Angestellter Arzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

- | | | |
|----|-------|--------------------------|
| 1. | _____ | ☐ |
| 2. | _____ | ☐ |
| 3. | _____ | ☐ |
| 4. | _____ | ☐ |
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Antragsberechtigt:

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“
- Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung "Kinder- und Jugend-Orthopädie"
- Kinder- und Jugendchirurgie“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie"
- Allgemeinchirurgie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“
- mit der Zusatzbezeichnung "Handchirurgie"

Ich beantrage die

- ☐ Arthroskopie-Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
 - ☐ Arthroskopie-Leistungen ausschließlich belegärztlich
- (Beachten Sie, dass für die Belegarztanerkennung zusätzlich ein Antrag an die Abteilung Arztregister (arztregister@kvhh.de) zu stellen ist).

Ich beantrage folgende arthroskopische Leistungen:

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

☐ **Alle Gelenke (Schulter, Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß, Fußgelenken, und weitere Gelenke)**

- ☐ **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“**

Es sind keine weiteren Nachweise über selbstständig durchgeführte Arthroskopien erforderlich.

- ☐ **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“**

Nachweis über 25 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Kniegelenk und 25 am Schultergelenk, davon jeweils mindestens: **10** rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk¹ und Schulter²

- ☐ **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie**

Nachweis über 115 durchgeführte arthroskopischen Operationen am Kniegelenk und **30** arthroskopischen Operationen am Schultergelenk, davon jeweils mindestens:

- a) **20** rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk¹
und
b) **10** rekonstruktive arthroskopische Operationen am Schultergelenk²

1. Rekonstruktive Eingriffe am Knie:

Rekonstruktion von Innenbändern
Kreuzbandplastiken
Künstlicher Sehnenersatz

2. Rekonstruktive Eingriffe an der Schulter:

Rekonstruktion der Rotatorenmanschetten
Künstlicher Sehnenersatz

☐ **Arthroskopische Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen (Alle Gelenke)**

- ☐ **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie“**

Nachweis über 20 durchgeführte arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen

☐ **Arthroskopische Eingriffe an der Hüfte**

- ☐ **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“**

Es sind keine weiteren Nachweise über selbstständig durchgeführte Arthroskopien erforderlich.

- ☐ **Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie**

Nachweis über 15 durchgeführte arthroskopischen Operationen an der Hüfte.

☐ **Arthroskopische Eingriffe an Handgelenken und Händen**

- ☐ **Facharzt für Allgemeinchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische, Rekonstruktive und ästhetische Chirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“**

20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an den Händen

- ☐ **ohne Zusatzbezeichnung "Handchirurgie"**

Genehmigung für alle Gelenke muss vorhanden sein

20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an den Händen

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.

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sind:

- Die in der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren festgelegten Anforderungen werden von mir erfüllt. Der entsprechende Antrag zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen liegt diesem Antrag bei bzw. die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen liegt der KVH vor.
- Eine räumliche Trennung des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes ist vorhanden.
- Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im OP-Raum nicht vorhanden
- Für arthroskopischen Operation nach dieser Vereinbarung ist eine Vorrichtung zur Videodokumentation (Tape oder Print) vorzuhalten und nachzuweisen

Ich nutze folgende Fernsehkette:

Gerätetyp: _____ Baujahr: _____

Hersteller: _____

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Arthroskopie entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) vom 01.10.2024.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 01.12.2011.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk. Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie,

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.
- dieser Antrag ist gebührenpflichtig

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Antragsteller

Datum	Name in Druckbuchstaben	Unterschrift Angestellter

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG

Datum ab

--	--

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten

Anstellungsdatum

--	--

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel