

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
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 (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
Substitution & weitere Genehmigungen

Stefanie Gilmer
Natascha Beyer
Tel 069 24741-6354/ -6551
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:

- in eigener Praxis mit BSNR _____

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

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

Fachliche Befähigung (§ 4 der Arthroskopie-Vereinbarung) *Zutreffendes bitte ankreuzen!*

Fachliche Befähigung nach § 4 Abs. 1 a

- Fakultative Weiterbildung „**Spezielle Orthopädische Chirurgie**“ im Gebiet **ORTHOPÄDIE**. Die Anerkennungsurkunde der Ärztekammer hierüber bitte beifügen.
(berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

oder

Fachliche Befähigung nach § 4 Abs. 1 b

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „**Unfallchirurgie**“. Die Anerkennungsurkunde der Ärztekammer hierüber bitte beifügen.

(berechtigt **ausschließlich** zur Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände)

- Es werden ausschließlich posttraumatische Krankheitszustände behandelt.
- Es werden über die posttraumatischen Krankheitszustände hinausgehende arthroskopische Behandlungen durchgeführt. **Es muss ein Nachweis von insgesamt mindestens 180 selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen erbracht werden (§ 4 Abs. 2).**

ODER

Fachliche Befähigung nach § 4 Abs. 2 a bis e

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **CHIRURGIE** oder **ORTHOPÄDIE**

und

- Nachweis von insgesamt **mindestens 180 selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen** unter Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes mit **mindestens jeweils 30** der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen:
(berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

- Arthroskopische Operation mit Meniskus-(Teil-) Resektion, Plica-(Teil-) Resektion, (Teil-) Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper

und

- Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions

und

- Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischer Ersatz eines Bandes

ODER (alternative Qualifikation)

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **CHIRURGIE** oder **ORTHOPÄDIE**

und

- Nachweis von **mindestens 180 selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen** unter Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes mit **mindestens jeweils 30** der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen:
(berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

- Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie

und

- Rekonstruktive arthroskopische Operation

Räumliche und apparative Voraussetzungen (§ 5 Arthroskopie-Vereinbarung):

Für die Erbringung der arthroskopischen Leistungen ist zusätzlich die Erfüllung der im Folgenden aufgeführten räumlichen 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 Fernsehkette 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 § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung erfüllt sind.

Sonstige Anforderungen

Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen ist 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.

