

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
(gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Arthroskopie nach § 135 Abs. 2 SGB V)

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

GOP	Inhaltsbeschreibung Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
31141	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1
31142	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2
31143	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3
31144	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4
31145	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5
31146	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6
31147	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7
31148	Zuschlag zu den GOP 31141 bis 31146 bei Simultaneingriffen sowie zu der GOP 31147
	sowie Kapitel 36.2.5 EBM für belegärztliche Arthroskopien

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 4 der Arthroskopie- Vereinbarung)

- Facharzt für **Orthopädie** mit **Zusatzbezeichnung Spezielle Orthopädische Chirurgie**
oder
- Facharzt für **Orthopädie und Unfallchirurgie** mit **Zusatzbezeichnung Spezielle Orthopädische Chirurgie**
oder
- Berechtigung zum Führen der **Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie**
 - Es werden ausschließlich posttraumatischer Krankheitszustände behandelt
 - Es werden über die posttraumatischen Krankheitszustände hinausgehende arthroskopische Behandlungen durchgeführt. Es muss ein Nachweis von insgesamt mindestens 180 selbstständig durchgeführten arthroskopischen Operationen erbracht werden. *(gemäß §4 Abs. 2 QS-Vereinbarung)*oder
- Facharzt für **Chirurgie**
und
insgesamt 180 selbstständig durchgeführte arthroskopische Operationen unter Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes, davon mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen:
 - a.) Arthroskopische Operationen mit Meniskus-(Teil-)Resektion, Plica-(Teil-)Resektion, (Teil-)Resektion des Hoffaschen Fettkörpers und/ oder Entfernung freier Gelenkkörper
 - b.) Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/ oder Entfernung eines Meniskusganglions
 - c.) Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpel-dissekatoren, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/ oder plastischem Ersatz eines Bandesoder

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

e.) Rekonstruktive arthroskopische Operation

oder

Facharzt für **Orthopädie**

und

insgesamt 180 selbstständig durchgeführte arthroskopische Operationen unter Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes, davon mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen:

- a.) Arthroskopische Operationen mit Meniskus-(Teil-)Resektion, Plica-(Teil-)Resektion, (Teil-)Resektion des Hoffaschen Fettkörpers und/ oder Entfernung freier Gelenkkörper
- b.) Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/ oder Entfernung eines Meniskusganglions
- c.) Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpel-dissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/ oder plastischem Ersatz eines Bandes

oder

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

e.) Rekonstruktive arthroskopische Operation

oder

Facharzt für **Orthopädie und Unfallchirurgie**

und

insgesamt 180 selbstständig durchgeführte arthroskopische Operationen unter Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes, davon mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen:

- a.) Arthroskopische Operationen mit Meniskus-(Teil-)Resektion, Plica-(Teil-)Resektion, (Teil-)Resektion des Hoffaschen Fettkörpers und/ oder Entfernung freier Gelenkkörper
- b.) Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/ oder Entfernung eines Meniskusganglions
- c.) Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpel-dissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/ oder plastischem Ersatz eines Bandes

oder

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

e.) Rekonstruktive arthroskopische Operation

Entsprechende Nachweise (Zeugnisse und Bescheinigungen) müssen von einem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Weiterbildung beziehungsweise Anleitung stattfand
- Zahl der vom Antragsteller selbstständig durchgeführten arthroskopischen Operationen
- Beschreibung der durchgeführten arthroskopischen Operationen
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbstständigen Durchführung von arthroskopischen Operationen

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Apparative Voraussetzungen (gem. § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung)

- Vorhaltung einer Fernsehkette

Räumliche und apparative Voraussetzungen gem. § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung i. V. mit der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

- Die in der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren festgelegten Anforderungen an die räumlichen Voraussetzungen werden erfüllt.
- Praxisgrundriss
 - Grundriss liegt der KV Thüringen bereits vor mit AOP Antrag Grundriss ist beigelegt
- räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
- keine Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe im Operationsraum
- Eine gemeinsame Nutzung der Räumlichkeiten erfolgt mit
-
-

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Thüringen die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gem. § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der räumlichen und apparativen Gegebenheiten unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:
Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Themen A-Z/ Datenschutz.