

Arztstempel



Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

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)

Persönliche Angaben des Antragstellers

Titel, Name, Vorname:
Gebietsbezeichnung:
Schwerpunkt:
Zusatzbezeichnung:
Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:
Telefon: Praxis: privat:

Ort der Leistungserbringung

- in eigener Praxis (Betriebsstätte)
 - in einer Zweigpraxis (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 beifügen)

Beantragte Leistung/en

Abschnitt 31.2.5 des EBM (bitte die entsprechenden GOP des EBM eintragen)

- Abschnitt 31.2.5 – Endoskopische Gelenkeingriffe

GOP: 31141 bis 31147 des EBM

Fachliche Voraussetzungen gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung der Arthroskopie

Nachweise mit Weiterbildung

- nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung **Spezielle Orthopädische Chirurgie im Gebiet Orthopädie**
oder
- für die arthroskopische Behandlung posttraumatologischer Krankheitszustände nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung **Unfallchirurgie**

Der Nachweis der fachlichen Befähigung gilt mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie oder der Bescheinigung des erfolgreichen Abschlusses der fakultativen Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie im Gebiet Orthopädie als erbracht.

Nachweise ohne vorgenannte Weiterbildung:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **Chirurgie** oder **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-dissekatoren, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischem Ersatz eines Bandes.
- oder
- d.) Resezierende arthroskopische Operatione und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopische-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 selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen

Beschreibung der durchgeführten arthroskopischen Operationen

Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbstständigen Durchführung von arthroskopischen Operationen

(Bitte Bescheinigungen im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie beifügen)

Apparative Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 und 2 der Arthroskopie-Vereinbarung i. V. mit der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. SGB V

- Als Anforderung an die apparative Ausstattung halte ich eine Fernsehkette vor.
- Bezeichnung:

Räumliche und organisatorische Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 und 2 der Arthroskopie-Vereinbarung

- Die in der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V" festgelegten Anforderungen an die räumlichen Voraussetzungen hinaus ist für die arthroskopischen Leistungen gemäß § 1 die Erfüllung der im folgenden aufgeführten räumlichen Voraussetzungen werden erfüllt.
- Ich bestätige die räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes.
- Ein Praxisgrundriss ist beizufügen, wenn dies nicht bereits beim ambulanten Operieren nachgewiesen ist.
- Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum nicht vorhanden.
- Eine gemeinsame Nutzung der Räumlichkeiten erfolgt mit
-
-

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

Erklärung

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

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung 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 Leistungen der Arthroskopie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
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.kvt.de, Thema Datenschutz.