

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Albstadtweg, 11
70567 Stuttgart

Absender/Stempel

Alice Uhlmann | Telefon 0711 7875-3430 | Fax 0711 7875-483836 | alice.uhlmann@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung Arthroskopischer Leistungen

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeut:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassener/ermächtigter Arzt/Psychotherapeut, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen.

Fachliche Befähigung nach § 4 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich verfüge über:

- die fakultative Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ im Gebiet Orthopädie (berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

oder

- die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ (berechtigt nur zur Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände)

oder

- die Gebietsbezeichnung Chirurgie oder Orthopädie oder die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie und kann 180 arthroskopische Operationen nachweisen, die von mir selbst unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes durchgeführt wurden (berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände).

Von diesen 180 Arthroskopien entfallen mindestens jeweils 30 auf nachfolgend aufgeführte arthroskopische Operationen:

- arthroskopische Operation mit Meniskus- (Teil-) Resektion, Plica- (Teil-) Resektion, (Teil-) Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper
- arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patela-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions
- arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischem Ersatz eines Bandes

oder

insgesamt 180 Arthroskopien mit mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen:

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

Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gemäß § 7 in Kopie beifügen.

Räumliche und apparative Voraussetzungen nach § 5

Die Erfüllung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren wird über eine gesonderte Erklärung nachgewiesen.

Bitte das Antragsformular zum ambulanten Operieren ausfüllen und einreichen.

Darüber hinaus werden am Ort der Leistungserbringung folgende räumlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllt:

- Räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes.
- Es befinden sich keine Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe im OP-Raum.
- Meine Arthroskopie-Einrichtung verfügt über eine Fernsehkette mit Tape oder Printer.

Ich erkläre hiermit, dass zur Ausführung von arthroskopischen Leistungen die räumlichen sowie apparativen Voraussetzungen am Ort der Leistungserbringung im Sinne der Arthroskopie-Vereinbarung erfüllt sind.

Einverständniserklärung

Die Kassenärztliche Vereinigung kann die Arthroskopie-Kommission beauftragen, die räumlichen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Arthroskopie-Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Operationen wird nur dann erteilt, wenn der Arzt bereits bei Antragstellung sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt:

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zur Durchführung einer Überprüfung der räumlichen und apparativen Gegebenheiten am Ort der Leistungserbringung durch die Arthroskopie-Kommission.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut