

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

E-Mail: <u>qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de</u> oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen

| Antrag | steller: (Praxisinhaber, Ermä | chtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ) | | |
|----------------|-------------------------------|---|------------------|------------------------------------|
| | _ | | | |
| Titel | Vorname | Nachname | | LANR (Arzt-Nr.) |
| Name der | · Einrichtung | | | BSNR (Betriebsstätten-Nr.) |
| Antrage | stellung für: | | | |
| _ | _ | Landesarztregister der KVBW eingetragen als | zugelassen oder | ermächtigt? → weiter auf Seite 2) |
| _ | nden Angestellten | Landesai za egister der 14 bit emigeti agen als | Zugelassell Odel | Crimacinage: / Weiter auf Jeite 2) |
| J 10.60 | inden, ingestencen | | | |
| Titel | Vorname | Nachname | | LANR (Arzt-Nr.) |
| Fachgebier | t | Schwerpunkt | | |
| Zugelas | sen, angestellt, ermächtigt i | in der oben genannten Praxis/Einrid | chtung ab: | Datum TTMMJJJJ |
| E-Mail | | Telefon | | |
| Wohnan | schrift: | | | |
| Straße, Nr | | | | |
| oci aioc, i vi | r. | PLZ | Ort | |
| | r. t Praxis/Krankenhaus: | PLZ | Ort | |

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/arthroskopie

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

| | Arthroskopische Leistungen ambulant | | |
|----|-------------------------------------|---|--------|
| | | Knie und Schulter Umfasst Arthroskopien an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken sowie weiteren Gelenken (ausgenommen Hüfte, Hände und Handgelenke sowie Arthroskopien bei Kindern und Jugendlichen). | {ART1} |
| | | Hüfte | {ART1} |
| | | Hände und Handgelenke | {ART1} |
| | | bei Kindern und Jugendlichen (Umfasst alle zu arthroskopierenden Gelenke.) | {ART1} |
| | Art | hroskopische Leistungen belegärztlich* | |
| 迴擊 | | Knie und Schulter Umfasst Arthroskopien an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken sowie weiteren Gelenken (ausgenommen Hüfte, Hände und Handgelenke sowie Arthroskopien bei Kindern und Jugendlichen). | {ARB1} |
| | | Hüfte | {ARB1} |
| | | Hände und Handgelenke | {ARB1} |
| | | bei Kindern und Jugendlichen (Umfasst alle zu arthroskopierenden Gelenke.) | {ARB1} |
| | * Eii. / | tie Abrechnung der helegörztlichen Leistungen ist ergönzend eine Anerkennung als Relegarzt erforderlich | |

^{*} Für die Abrechnung der belegärztlichen Leistungen ist ergänzend eine Anerkennung als Belegarzt erforderlich.

Der Antrag ist beim Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung zu stellen. Sie finden ihn unter www.kvbawue.de/belegarzt.

Fachliche Befähigung nach ∫ 3 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | Knie | Knie und Schulter | | | | |
|-----|-------|--|--|--|--|--|
| | | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Spezielle orthopädische Chirurgie (Kein Nachweis von Eingriffszahlen notwendig.) | | | | |
| | oder | | | | | |
| | | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie und | | | | |
| | | mindestens 25 durchgeführte arthroskopische Operationen am Kniegelenk, davon mindestens 10 re- konstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk (z. B. Rekonstruktion von Innenbändern, Kreuzbandplastiken, künstlicher Sehnenersatz) und | | | | |
| | | mindestens 25 durchgeführte arthroskopische Operationen am Schultergelenk, davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Schultergelenk (z. B. Rekonstruktion der Rotatorenmanschetten, künstlicher Sehnenersatz) | | | | |
| | oder | | | | | |
| | | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder | | | | |
| | | Facharzt für Allgemeinchirurgie oder | | | | |
| | | Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | | | | |
| i 🗈 | und | | | | | |
| 复 | | mindestens 115 durchgeführte arthroskopische Operationen am Kniegelenk, davon mindestens 20 re- konstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk (z. B. Rekonstruktion von Innenbändern, Kreuzbandplastiken, künstlicher Sehnenersatz) und | | | | |
| | | mindestens 30 durchgeführte arthroskopische Operationen am Schultergelenk, davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Schultergelenk (z. B. Rekonstruktion der Rotatorenmanschetten, künstlicher Sehnenersatz) | | | | |
| | Hinwe | is: Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gemäß § 5 in Kopie beifügen. | | | | |
| | Hüfte | e e | | | | |
| | | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Spezielle orthopädische Chirurgie (Kein Nachweis von Eingriffszahlen notwendig.) | | | | |
| | oder | | | | | |
| | | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder | | | | |
| | | Facharzt für Allgemeinchirurgie oder | | | | |
| | | Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | | | | |
| | und | | | | | |
| | | Genehmigung für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter (Sofern die Genehmigung für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter noch nicht vorliegt, ist diese parallel zu beantragen.) | | | | |
| | | mindestens 15 durchgeführte arthroskopische Operationen an der Hüfte | | | | |
| | Hinwe | is: Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gemäß § 5 in Kopie beifügen. | | | | |

| Hände und Handgelenke | | |
|-----------------------|--|--|
| | Facharzt für Allgemeinchirurgie oder | |
| | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder | |
| | Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie | |
| und | | |
| | Zusatzbezeichnung Handchirurgie und mindestens 20 durchgeführte diagnostische und therapeutische arthroskopische Operationen an den Händen | |
| oder | | |
| | Genehmigung für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter und mindestens 20 durchgeführte diagnostische und therapeutische arthroskopische Operationen an den Händen (Sofern die Genehmigung für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter noch nicht vorliegt, ist diese parallel zu beantragen.) | |
| oder | | |
| | Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie | |
| und | | |
| | Zusatzbezeichnung Handchirurgie und mindestens 20 durchgeführte diagnostische und therapeutische arthroskopische Operationen an den Händen | |
| Hinwe | is: Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gemäß § 5 in Kopie beifügen. | |
| Bei K | Kindern und Jugendlichen | |
| | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Orthopädie oder | |
| | Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Orthopädie | |
| und | | |
| | mindestens 20 durchgeführte arthroskopische Operationen bei Kindern und Jugendlichen | |
| Hinwe | is: Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gemäß § 5 in Kopie beifügen. | |
| Räur | nliche und apparative Voraussetzungen nach § 4 | |
| | Genehmigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ulanten Operieren | |
| | liegt vor | |
| | wurde beantragt | |

| Räur | nliche Voraussetzungen |
|-----------------|---|
| Dar | über hinaus werden am Ort der Leistungserbringung folgende räumliche 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. |
| Арра | arative Ausstattung und Standort der Fernsehkette |
| | Ich versichere, dass ich eine Fernsehkette mit Tape oder Printer vorhalte. |
| | Die Fernsehkette befindet sich in meiner Praxis. |
| | Die Fernsehkette befindet sich in einer anderen Praxis/Einrichtung. |
| Einv | verständniserklärung |
| zustä | rkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die ndige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage inten Voraussetzungen zu überprüfen. |
| pflich | ersichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen Inwirksamkeit der Genehmigung. |
| Hin | weis |
| onsna vollst | Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikati- achweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweise) der KVBW ändig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag er- werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden. |
| Ort, [| Datum Unterschrift Antragsteller |
| Unter | schrift angestellter Arzt |
| Einv | verständniserklärung zur Datenübermittlung |
| | nit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung derlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden. |
| Ort, [| Datum Unterschrift mmer {} beinhaltet einen internen Code |