

Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen

Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname	Lebenslange Arztnummer
Fachrichtung	

Aufnahme der Tätigkeit ab _____ als:

Vertragsarzt
 Angestellter Arzt
 Ermächtigter Arzt
 Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

.....

.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Bescheinigung über die fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ im Gebiet Orthopädie
oder
- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
oder
- Nachweis der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Chirurgie“ oder „Orthopädie“

und

- Zeugnis über mindestens 180 selbständig ,unter der Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes, durchgeführte arthroskopische Operationen, davon mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopische Operationen
- mit Meniskus- (Teil-) Resektion, Plica- (Teil-) Resektion, (Teil-) Resektion der Hoffa`schen Fettkörper und/ oder Entfernung freier Gelenkkörper
- mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/ oder Entfernung eines Meniskusganglions
- mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandstraffung und/ oder plastischem Ersatz eines Bandes

oder

- resezierende arthroskopische Operationen und/ oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltungen und/ oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/ oder (sub-)totale Synovektomie
- rekonstruktive arthroskopische Operationen

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sind:

- Die in der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren festgelegten Anforderungen werden von mir erfüllt. Der entsprechende Antrag zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen liegt diesem Antrag bei bzw. die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von ambulanten Operationen liegt der KVH vor
- Eine räumliche Trennung des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes ist vorhanden.
- Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im OP-Raum nicht vorhanden

Ich nutze folgende Fernsehkette:

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr: _____

- Die Arthroskopien werden ambulant erbracht.
- Die Arthroskopien werden belegärztlich erbracht.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Arthroskopie entsprechen.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

- Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg fordert auf der Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von arthroskopischen Operationen am Knie- und Schultergelenk in regelmäßigen Abständen Operationsberichte und Bilddokumentationen zur Stichprobenprüfung im Einzelfall an.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) vom 8. September 1994.

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren, in Kraft getreten am 01.12.2011.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen.
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH.

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift **Antragsteller**

Name in Druckbuchstaben

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein.

BAG	Datum ab

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Praxisstempel