

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Antrag auf Genehmigung: Arthroskopie (Arthroskopie-Vereinbarung)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung – damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

Leistungen

Arthroskopische Operationen

- I an Knie und Schulter, Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken sowie weiteren unter III bis IV nicht genannten Gelenken
- II bei Kindern und Jugendlichen
- III an der Hüfte

Hinweis: Kann nur in Kombination mit I beantragt werden, sofern für I nicht bereits eine Genehmigung vorliegt.

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- IV an den Händen und Handgelenken
- a. **mit** Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- b. **ohne** Zusatzbezeichnung Handchirurgie

Hinweis: Kann ohne die Zusatzbezeichnung Handchirurgie nur in Kombination mit I beantragt werden, sofern für I nicht bereits eine Genehmigung vorliegt.

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

Die nachzuweisenden Eingriffe müssen selbständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Arztes oder im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit erbracht worden sein.

- I
- Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie
 - Zusatzbezeichnung Spezielle orthopädische Chirurgie
- oder
- Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie
 - Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie
 - 25 Arthroscopien am Kniegelenk, davon 10 rekonstruktiv
 - 25 Arthroscopien am Schultergelenk, davon 10 rekonstruktiv
- oder
- Facharztbezeichnung
 - Orthopädie und Unfallchirurgie oder
 - Allgemeinchirurgie oder
 - Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
 - 115 Arthroscopien am Kniegelenk, davon 20 rekonstruktiv
 - 30 Arthroscopien am Schultergelenk, davon 10 rekonstruktiv
-
- II
- Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Orthopädie
 - 20 Arthroscopien bei Kindern und Jugendlichen
-
- III
- Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie
 - Zusatzbezeichnung Spezielle orthopädische Chirurgie
 - Genehmigung zur Knie- und Schulterarthroskopie bzw. Erfüllung der Voraussetzungen nach I
- oder
- Nachweis von 15 Arthroscopien an der Hüfte
 - Genehmigung zur Knie- und Schulterarthroskopie bzw. Erfüllung der Voraussetzungen nach I
-
- IV
- a.
 - Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- oder
- b.
 - Genehmigung zur Knie- und Schulterarthroskopie bzw. Erfüllung der Voraussetzungen nach I
 - Nachweis von 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroscopien an den Händen

Erklärung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die

- Genehmigung zum Ambulanten Operieren und ggf. die Anerkennung zum Belegarzt zum Zeitpunkt der Leistungserbringung vorliegt.
- räumlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllt sind (§ 4).
- KVSH die Qualitätssicherungs-Kommission beauftragen kann, die Erfüllung der räumlichen und apparativen Anforderungen in der Praxis zu überprüfen (§ 5 Abs. 11).

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person