Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN
Engagiert für Gesundheit.

Telefax: (0211) 5970 33233
E-Mail: ambop@kvno.de

Antrag
auf Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach der Arthroskopie-Vereinbarung

Name: .....

Straße/ Etage: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon/ Telefax: .....

LANR: ..... (wenn bereits bekannt)

BSNR: ..... (wenn bereits bekannt)

Fachgebiet .....

Angestellte(r) Ärztin / Arzt bei:

.....

Ich operiere	**ggf. von meiner Praxisanschrift abweichende Anschrift:**	
☐ in eigener Praxis	Name/ Bezeichnung	.....
☐ in einem MVZ	Straße	.....
☐ in der Praxis eines Kollegen	PLZ/ Ort	.....
☐ in einem OP-Zentrum	Etage	.....
☐ in einem Krankenhaus	ggf. Telefon	.....

<u>Ich stelle den Antrag für:</u>

☐ 1. Arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter, sowie Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken und weiteren nachfolgend nicht genannten Gelenken

☐ 2. Arthroskopische Leistungen an der **Hüfte** sowie arthroskopische Leistungen nach Nr. 1

☐ 3. Arthroskopische Leistungen an den **Händen** sowie ggf. arthroskopische Leistungen nach Nr. 1

☐ 4. Arthroskopische Leistungen bei **Kindern und Jugendlichen**

Fachliche Befähigung:
(Bitte den entsprechenden Abschnitt auswählen)

1. Arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter sowie Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken und weiteren nachfolgend nicht genannten Gelenken

☐ Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie" und Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie"

oder

☐ Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie" und Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie"

und

☐ Nachweis von mindestens 25 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Kniegelenk, davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen

und

☐ Nachweis von mindestens 25 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Schultergelenk, davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen

oder

☐ Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“

und

☐ Nachweis von mindestens 115 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Kniegelenk, davon mindestens 20 rekonstruktive arthroskopische Operationen

und

☐ Nachweis von mindestens 30 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Schultergelenk, davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen

2. Arthroskopische Leistungen an der Hüfte sowie arthroskopische Leistungen nach Nr. 1:

☐ Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie" und Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie"

oder

☐ Führen der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“

und

☐ Nachweis von 15 durchgeführten arthroskopischen Operationen an der Hüfte

3. Arthroskopische Leistungen an den Händen (Handgelenke und Hände) sowie ggf. arthroskopische Leistungen nach Nr. 1

☐ Führen der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“
(Nachweis von 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an Händen)

oder

☐ Führen der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“

und

☐ Erfüllung der fachlichen Befähigung für arthroskopische Leistungen nach Nr. 1
(*Bitte Feld Nr. 1 zusätzlich ausfüllen)*

und

☐ Nachweis von 20 durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an der Hand

4. Arthroskopische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen:

☐ Führen der Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie“

und

☐ Nachweis von 20 durchgeführten arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen

☐ Es wird bestätigt, dass alle nachzuweisenden Eingriffe selbständig unter Anleitung einer nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Ärztin oder eines weiterbildungsbefugten Arztes oder im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit erbracht worden sind.

Räumliche und apparative Voraussetzungen:

☐ Ich verfüge (für die angestellte Person) über eine Genehmigung für den beantragten OP-Standort gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren bzw. habe diese beantragt.

☐ Über die in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren festgelegten räumlichen Anforderungen hinaus werden am Standort der Erbringung der Arthroskopien die im Folgenden aufgeführten räumlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllt:

- Räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraums von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
- Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum nicht vorhanden
- Es wird eine Vorrichtung zur Videodokumenation (Tape oder Print) vorgehalten.

☐ Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Arthroskopie-Kommission die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen können, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung gemäß § 4 entsprechen.

Erklärung der Einrichtung

bei Durchführung der Arthroskopien in einem MVZ, in der Praxis eines Kollegen, in einem

OP-Zentrum bzw. in einem Krankenhaus:

☐ Ich bin/ Wir sind/ damit einverstanden, dass die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der benannten Praxis/ in dem benannten MVZ/ in dem benannten OP-Zentrum/ in dem benannten Krankenhaus nach vorheriger Absprache daraufhin überprüft werden können, ob diese den in der Arthroskopie-Vereinbarung beschriebenen Qualitätskriterien entsprechen.

Sollte die Einverständniserklärung zu einer Visitation verweigert werden, so nehme(n) ich/ wir davon Kenntnis, dass dem Antragsteller die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der arthroskopischen Leistungen versagt oder widerrufen werden kann.

.....	.....	.....
Ort, Datum	Unterschrift des Eigentümers/ Trägers	Arzt-/ Praxisstempel bzw. Stempel des Trägers der Einrichtung

☐ **Ich erkläre hiermit, die in der Arthroskopie-Vereinbarung beschriebenen Bestimmungen einzuhalten und verpflichte mich, die KV Nordrhein unverzüglich über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der vorstehenden Voraussetzungen und Anforderungen betreffen.**

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Antragssteller	Arzt- / Praxisstempel

.....

Unterschrift des angestellten Arztes