

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von
arthroskopischen Leistungen**

Name _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung auf Durchführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen gemäß der Arthroskopie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V an Knie, Schulter, Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß, Fußgelenk sowie weiteren in § 3 Abs. 2 bis 4 nicht genannten Gelenken.

Fachliche Befähigung gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 1 - 3

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“

oder

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“

und

Nachweis von mindestens 25 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Kniegelenk sowie am Schultergelenk. Von diesen Operationen müssen jeweils mindestens 10 auf rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk sowie am Schultergelenk entfallen.

oder

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Facharzt für Allgemeinchirurgie

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

und

Nachweis von mindestens 115 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Kniegelenk sowie 30 am Schultergelenk. Von diesen Operationen müssen jeweils mindestens 20 auf rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk sowie 10 am Schultergelenk entfallen.

Ich beantrage die Genehmigung auf Durchführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen gemäß der Arthroskopie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V bei Kindern und Jugendlichen

Fachliche Befähigung gemäß § 3 Abs. 2

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie“

und

Nachweis von 20 durchgeführten arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen.

Ich beantrage die Genehmigung auf Durchführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen gemäß der Arthroskopie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V an der Hüfte.

Fachliche Befähigung gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 1 - 2

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“

oder

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Facharzt für Allgemeinchirurgie

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

und

Nachweis von mindestens 15 durchgeführten arthroskopischen Operationen an der Hüfte.

und

Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken sowie weiteren in § 3 Abs. 2 bis 4 nicht genannten Gelenken (siehe oben).

Ich beantrage die Genehmigung auf Durchführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen gemäß der Arthroskopie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V an den Händen und Handgelenken.

Fachliche Befähigung gemäß § 3 Abs. 4

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“.

oder

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Facharzt für Allgemeinchirurgie

Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

und

Nachweis von mindestens 20 durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an der Hand.

und

Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken sowie weiteren in § 3 Abs. 2 bis 4 nicht genannten Gelenken (siehe oben).

Ich bestätige, dass die nach den Absätzen 1 bis 4 nachzuweisenden Eingriffe selbstständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Ärztin oder weiterbildungsbefugten Arztes oder im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit erbracht worden sind.

Nachweis der räumlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß § 4

Hinweis: Der Nachweis über die Erfüllung der räumlichen Voraussetzungen erfolgt im Rahmen der Genehmigungserteilung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

Für die beantragten arthroskopischen Leistungen ist die Erfüllung der im folgenden aufgeführten Voraussetzungen nachzuweisen:

a) Räumliche Voraussetzungen

- Die räumliche Trennung des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) ist gegeben.
- Im Operationsraum befinden sich keine Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe

b) Apparative Voraussetzungen

- Eine Vorrichtung zur Videodokumentation (Tape oder Print) wird vorgehalten und nachgewiesen.

c) Ort der Leistungserbringung

Die räumlichen und apparativen Voraussetzungen sind an/am folgenden Leistungsort/en erfüllt:

- am Hauptstandort der Praxis / des MVZ unter der Anschrift:

- in der Nebenbetriebsstätte unter der Anschrift:

- in ausgelagerten Praxisräumen unter der Anschrift:

Zusätzliche Voraussetzung gemäß § 2

- Ich verfüge für den Ort der Leistungserbringung über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt für die Durchführung und Abrechnung von ambulanten Operationen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren nach § 115b Abs. 1 SGB V.
- Der Antrag auf Genehmigung ambulantes Operieren ist beigefügt.

Erklärungen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich meine Teilnahme an Stichprobenprüfungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach § 135b Abs. 2 SGB V.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Arthroskopiekommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt die räumlichen und apparativen Gegebenheiten daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß § 4 dieser Vereinbarung entsprechen.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte