

**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 von Qualifikations-voraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Fachliche Befähigung gemäß § 4

☐ Facharzt für Orthopädie mit der fakultativen Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“

oder

☐ Facharzt für Chirurgie mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ (für die ausschließliche Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände)

oder

☐ Facharzt für Chirurgie

☐ Facharzt für Orthopädie

☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

und

☐ Nachweis von insgesamt 180 selbstständig durchgeführten arthroskopischen Operationen unter Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes.

→ Davon müssen mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen durchgeführt und nachgewiesen sein:

- a. Arthroskopische Operationen mit Meniskus-(Teil)Resektion, Plica-(Teil)Resektion, (Teil-)Resektion des Hoffaschen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper
- b. Arthroskopische Operationen mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shavin, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions
- c. Arthroskopische Operationen mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldeissekatzen, Patellazügelung, Meniskusnaht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischem Ersatz eines Bandes

Von den 180 arthroskopischen Operationen können anstelle der Arthroskopien nach a – c auch mindestens jeweils 30 der nachfolgenden arthroskopischen Operationen durchgeführt und nachgewiesen werden:

- d. Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie
- e. Rekonstruktive arthroskopische Operation

☐ **Entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen vom zur Weiterbildung befugten Arzt sind beigefügt und enthalten mindestens folgende Angaben:**

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Weiterbildung beziehungsweise Anleitung stattfand
- Zahl der vom Antragssteller selbstständig durchgeführten arthroskopischen Operationen
- Beschreibung der durchgeführten arthroskopischen Operationen
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragsstellers zur selbstständigen Durchführung von arthroskopischen Operationen

Nachweis der räumlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß § 5
--

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

Apparative Voraussetzungen

- ☐ Eine Fernsehkette mit Dokumentationsmöglichkeiten wird vorgehalten und nachgewiesen.

Hinweis: Die Bilddokumentation kann mittels allgemein lesbarer digitalen Datenträgern (CD, DVD), Prints (bspw. Laserausdruck) oder auf Videoband erfolgen.

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 beigelegt.

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 § 5 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