

Antrag
auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen
nach den Nrn. 31141 - 31147 EBM (Arthroskopie-Vereinbarung)

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name)

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

(Praxisübernahme von)

(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes)

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes)

LANR: _____

(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

Angestellt im **MVZ**

angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebstätte/n erbracht

1. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebstätte _____

(Adresse)

BSNR (Betriebsstättennummer): _____

Fachliche Voraussetzungen für die Teilnahme an der Arthroskopie-Vereinbarung sind gemäß § 4 die folgenden Nachweise:

Ich verfüge über:

- A. die fakultative Weiterbildung „Spezielle orthopädische Chirurgie“ im Gebiet Orthopädie (berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

oder

- B. die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ (berechtigt **nur** zur Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände)

oder

- C. die Gebietsbezeichnung Chirurgie oder Orthopädie oder die Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie **und** kann 180 arthroskopische Operationen nachweisen, die von mir selbst unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes durchgeführt wurden (berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

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

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

oder statt a.-c.

insgesamt 180 Arthroskopien mit **mindestens jeweils 30** der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen:

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

- Die entsprechenden Zeugnisse und Urkunden gemäß § 7 sind beigelegt.

Zeugnisse und Bescheinigungen

Soweit die fachliche Befähigung nach A oder B erworben wurde, gilt diese durch den Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der fakultativen Weiterbildung "Spezielle Orthopädische Chirurgie" im Gebiet Orthopädie **oder** durch Vorlage der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Teilgebietsbezeichnung "Unfallchirurgie" als nachgewiesen.

Die über die fachliche Befähigung in der Arthroskopie nach C vorzulegenden Zeugnisse und Bescheinigungen müssen von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Weiterbildung bzw. Anleitung stattfand
- Zahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen
- Beschreibung der durchgeführten arthroskopischen Untersuchungen
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von arthroskopischen Operationen

Kolloquium

Wenn trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel bestehen, daß die festgelegten Anforderungen an die fachliche Befähigung erfüllt sind, kann die Kassenärztliche Vereinigung Bremen die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist.

Die in § 4 festgelegten Anforderungen können durch ein Kolloquium **nicht** ersetzt werden.

Räumliche und apparative Voraussetzungen für die Teilnahme an der Arthroskopievereinbarung sind gemäß § 5 die folgenden Nachweise:

Über die in der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V festgelegten Anforderungen an die räumlichen Voraussetzungen hinaus ist für die arthroskopischen Leistungen die Erfüllung der folgenden räumlichen Voraussetzungen nachzuweisen:

- a. Räumliche Trennung (zum Beispiel Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
- b. Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum **nicht** zulässig
- c. Als Anforderung an die apparative Ausstattung ist gemäß § 5 (2) der Vereinbarung eine Vorrichtung zur Videodokumentation vorzuhalten und nachzuweisen.

**Erklärung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen
Versorgung als arthroskopisch tätiger Arzt**

Ich verpflichte mich, die in der Arthroskopie-Vereinbarung aufgeführten Anforderungen zu erfüllen und eine umfassende Versorgung der von mir betreuten Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst sicherzustellen.

Ich versichere, dass die technischen Anforderungen zur Leistungserbringung nach Maßgabe des EBM erfüllt sind und berufsrechtliche Regelungen der Teilnahme an dieser Vereinbarung nicht entgegenstehen.

Die entsprechenden Nachweise meiner fachlichen Befähigung habe ich diesem Antrag beigelegt.

Ich bin damit einverstanden, daß die Arthroskopie-Kommission im Auftrage der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in meiner Praxis jederzeit daraufhin überprüfen kann, ob diese den Bestimmungen gemäß § 5 dieser Vereinbarung entsprechen.

Ich verpflichte mich, die Kassenärztliche Vereinigung Bremen über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der genannten Voraussetzungen und Anforderungen betreffen.

Die Unterlagen habe ich diesem Antrag beigelegt.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZb zw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes