

E-Mail	genehmigung@kvhb.de
Fax	0421/3404-347

Arthroskopie-Antrag

Arthroskopie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an oben genannte E-Mail oder Fax-Nummer oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Arthroskopien wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

ja nein

II.1 Ich habe die fakultative Weiterbildung „Spezielle orthopädische Chirurgie“ im Gebiet „Orthopädie“ erfolgreich abgeschlossen.

oder

II.2 Ich bin berechtigt, die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ zu führen (Einschränkung der Genehmigung auf posttraumatische Krankheitsbilder).

oder

II.3 Ich bin Facharzt für Chirurgie oder Orthopädie und habe mindestens 180 arthroskopische Operationen unter der Anleitung eines zur Weiterbildung nach Weiterbildungsrecht befugten Arztes durchgeführt. Davon habe ich jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen durchgeführt:

a) Arthroskopische Operation mit Meniskus-(Teil-) Resektion, Plica-(Teil-) Resektion, (Teil-) Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper

und

b) Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung (en), Pridie-Bohrungen(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions

und

c) Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazüglung, Meniskusnaht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und oder/oder plastischem Ersatz eines Bandes.

oder

II.4 Ich bin Facharzt für Chirurgie oder Orthopädie und habe mindestens 180 arthroskopische Operationen unter der Anleitung eines zur Weiterbildung nach Weiterbildungsrecht befugten Arztes durchgeführt. Davon habe ich jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen durchgeführt:

a) Resezierende arthroskopische Operation und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopische-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-) totale Synovektomie

und

b) Rekonstruktive arthroskopische Operation.

Bitte fügen Sie die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen bei, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen.

III. Räumliche und apparative Voraussetzungen

Die arthroskopischen Operationen werden durchgeführt

Betriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ich bin Betreiber der OP-Räumlichkeiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*	
*Betreiber: ggf. Titel, Vorname, Name	

Nebenbetriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ich bin Betreiber der OP-Räumlichkeiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*	
*Betreiber: ggf. Titel, Vorname, Name	

Ausgelagerte OP-Räume	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	
Ich bin Betreiber der OP-Räumlichkeiten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*	
*Betreiber: ggf. Titel, Vorname, Name	

Der Operationsraum ist von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes räumlich getrennt (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum):

ja nein

Im Operationsraum befinden sich weder Wasch-und Reinigungsbecken noch Bodenläufe:

ja nein

Eine Fernsehkette wird vorgehalten:

ja nein

IV. Erklärung

- Die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen nach §§ 4, 5 und 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren sind erfüllt.
- Mir/Uns ist bekannt, dass die räumlichen und apparativen Gegebenheiten von der Arthroskopie-Kommission daraufhin überprüft werden können, ob sie den Bestimmungen gemäß § 5 der Vereinbarung entsprechen.
- Ich/Wir erkläre/n hiermit ausdrücklich mein/unser Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.
- Ich/Wir werde/n die KV Bremen über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Anforderungen betreffen.
- Mir/Uns ist bekannt, dass für die Durchführung ambulanter Arthroskopien in anderen als hier genannten Einrichtungen eine vorherige Genehmigung der KV Bremen erforderlich ist. Ich/Wir werde/n die KV Bremen über Änderungen des Ortes der Leistungserbringung informieren.

V. Allgemeines

- Arthroskopien dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Arthroskopien durch die KV Bremen erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Arthroskopien nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.