



Antrag

auf Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/ Telefax:

LANR: (wenn bereits bekannt)

BSNR: (wenn bereits bekannt)

Fachgebiet

Angestellte(r) Ärztin / Arzt gemäß bei:

Ich beabsichtige ab demin der vertragsärztlichen Versorgung die arthroskopischen Leistungen in der nachfolgend beschriebenen Einrichtung zu erbringen:

Ich operiere

ggf. von meiner Praxisanschrift abweichende Anschrift:

- | | |
|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> in eigener Praxis | Name/ Bezeichnung |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ | Straße |
| <input type="checkbox"/> in der Praxis eines Kollegen | PLZ/ Ort |
| <input type="checkbox"/> in einem OP-Zentrum | ggf. Telefon |
| <input type="checkbox"/> in einem Krankenhaus | ggf. Telefax |

A

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen fakultative Weiterbildung im Gebiet Orthopädie gemäß § 4 Abs. 1a

- Ich habe die fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildung **Spezielle orthopädische Chirurgie** im Gebiet Orthopädie erworben. Die Anerkennungsurkunde der Ärztekammer hierüber ist beigelegt.

B

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen Arzt mit Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie gemäß § 4 Abs. 1b für posttraumatische Krankheitszustände

- Ich habe die Berechtigung zum Führen der **Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie** für die arthroskopische Behandlung *posttraumatischer Krankheitszustände* nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung. Die Anerkennungsurkunde der Ärztekammer hierüber ist beigelegt.
- Ich will über die genannten posttraumatischen Krankheitszustände hinausgehende arthroskopische Behandlungen durchführen und habe dementsprechend die Angaben unter dem folgenden Abschnitt „C“ eingetragen und alle notwendigen Nachweise beigelegt.

C

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen Fachärzte für Chirurgie und Orthopädie gemäß § 4 Abs. 2

- Ich habe die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **Chirurgie** oder **Orthopädie**. Ich weise mit diesem Antrag insgesamt mind. 180 arthroskopische Operationen gemäß § 7 Abs. 2 nach, die ich selbständig – unter Anleitung eines zur Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes – durchgeführt habe.

Von den **insgesamt mind. 180 Operationen** kann ich in a)-c) mind. jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen nachweisen (bitte Fallzahlen eintragen):

- a) _____ Meniskus-(Teil-)Resektion
_____ Plica-(Teil-)Resektion
_____ (Teil-) Resektion des Hoffa`schen Fettkörpers
_____ Entfernung freier Gelenkkörper
- b) _____ Knorpelglättung(en)
_____ Pridie-Bohrung(en)
_____ Patella-Shaving
_____ Lateral-Release
_____ Entfernung eines Meniskusganglions

- c) _____ Synovektomie
 _____ gelenkplastischer Abrasio
 _____ Fixierung von Knorpeldissekaten
 _____ Patellazügelung, Meniskusdraht
 _____ Meniskusrefixation
 _____ Bandnaht
 _____ Bandraffung
 _____ plastischer Ersatz eines Bandes

Falls in a)-c) jeweils keine 30 erreicht oder insgesamt keine 180 erreicht werden, sind zusätzlich in d) und e) jeweils mind. 30 der nachfolgend aufgeführten Operationen nachzuweisen:

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

Die Zeugnisse/Bescheinigungen über die unter **a) - e)** gekennzeichneten Operationen enthalten jeweils folgende Angaben (§7):

- 1) Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Weiterbildung bzw. Anleitung stattfand
- 2) Zahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen
- 3) Beschreibung der durchgeführten arthroskopischen Operationen
- 4) Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von arthroskopischen Operationen
- 5) Die Zeugnisse/Bescheinigungen sind jeweils von einem zur Weiterbildung ermächtigten Arzt unterzeichnet

D

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen abweichende Befähigung gemäß § 8

- Ich verfüge über eine im Vergleich zu dieser Vereinbarung abweichende, aber gleichwertige Befähigung. Die entsprechenden Unterlagen über meine Weiterbildung sind beigelegt und ich erkläre mich bereit ggfs. diese Befähigung in einem Kolloquium nachzuweisen.

E

Räumliche und apparative Voraussetzungen gemäß § 5

- Ich besitze für den **beantragten OP- Standort** eine Genehmigung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren bzw. habe diese beantragt (**Grundvoraussetzung**)
- Ich erkläre hiermit, dass über die in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 6 des Vertrages nach § 135 Abs. 2 SGB V festgelegten Anforderungen an die räumlichen Voraussetzungen hinaus die nachfolgend beschriebenen zusätzlichen Voraussetzungen von mir erfüllt werden:
- 1) Räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
 - 2) Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum nicht vorhanden
- Als Anforderung an die apparative Ausstattung wird eine Fernsehkette vorgehalten.
- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die **Arthroskopie-Kommission die räumlichen und apparativen Gegebenheiten daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen nach § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung entsprechen.**

F

Allgemeines

- 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.

Hinweis: Als Voraussetzung zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen bedarf es einer Genehmigung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

Ort, Datum

Unterschrift Antragssteller

Arzt- / Praxisstempel

.....
Unterschrift des angestellten Arztes