

Arthroskopie (ASK)-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 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

Voraussetzungen zur Leistungserbringung:

- ☐ Ich bin Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- ☐ Ich bin Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“
- ☐ Ich bin Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“
- ☐ Ich bin Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung "Kinder- und Jugend-Orthopädie"
- ☐ Ich bin Facharzt Kinder- und Jugendchirurgie“ mit der Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie"
- ☐ Ich bin Facharzt für Allgemeinchirurgie
- ☐ Ich bin Facharzt für „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“
- ☐ Ich habe die Zusatzbezeichnung "Handchirurgie"

Operationsbereiche mit erforderlichen Nachweisen

☐ Alle Gelenke (Schulter, Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß, Fußgelenken, und weitere Gelenke)

- ☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“ (keine weiteren Nachweise erforderlich)

☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ (Nachweis über je 25 durchgeführte arthroskopische Operationen am Knie- und Schultergelenk) davon jeweils mindestens:

- 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk und Schulter (Rekonstruktion von Innenbändern bzw. Rotatorenmanschetten, Kreuzbandplastiken, Künstlicher Sehnenersatz)

☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (Nachweis über 115 durchgeführte arthroskopischen Operationen am Kniegelenk und 30 arthroskopischen Operationen am Schultergelenk)

davon jeweils mindestens:

- 20 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk (Rekonstruktion von Innenbändern, Kreuzbandplastiken, Künstlicher Sehnenersatz)

und

- 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Schultergelenk (Rekonstruktion der Rotatorenmanschetten Künstlicher Sehnenersatz)

☐ **Arthroskopische Eingriffe bei Kindern und Jugendlichen (Alle Gelenke)**

☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Kinder- und Jugendchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie“ (Nachweis über 20 durchgeführte arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen)

☐ **Arthroskopische Eingriffe an der Hüfte**

☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“ (Keine weiteren Nachweise erforderlich)

☐ Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie oder Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (Nachweis über 15 durchgeführte arthroskopischen Operationen an der Hüfte)

☐ **Arthroskopische Eingriffe an Handgelenken und Händen**

☐ Facharzt für Allgemeinchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Plastische, Rekonstruktive und ästhetische Chirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ (Nachweis über 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an den Händen)

☐ ohne Zusatzbezeichnung "Handchirurgie" (Nachweis über die Genehmigung für alle Gelenke muss vorhanden sein und 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an den Händen)

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

III. Räumliche und apparative Voraussetzungen

(Ein Antrag „Ambulantes Operieren“ ist zusätzlich erforderlich)

Die arthroskopischen Operationen werden durchgeführt

Betriebsstättennummer	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

Ich bin Betreiber der OP-Räumlichkeiten: ☐ ja ☐ nein*

*Betreiber: ggf. Titel, Vorname, Name	
OP-Zentrum	
Straße und Hausnummer	
PLZ, Ort	

Ich bin Betreiber der OP-Räumlichkeiten: ☐ ja ☐ 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

Die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden. Mit der Unterschrift wird erklärt, dass die einschlägigen Rechtsgrundlagen zur Kenntnis genommen wurden.

Datum/Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**