**Vertrag über arthroskopische Leistungen**

**und damit zusammenhängende Regress-Risiken**

zwischen

… [Name und Anschrift des Patienten],

– Patient –

und

… [Name und Anschrift der Praxis]

– Arzt –

**Präambel**

Arthroskopische Verfahren zur Behandlung einer Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose) können zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden, wenn sie aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation, bei der eine bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist. Dabei müssen die vorliegenden Symptome zuverlässig auf die genannten Veränderungen an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sein. Nach Meinung unserer Praxis liegen diese Voraussetzungen bei Ihnen zuverlässig vor. Da die nachträgliche Korrektur aufgrund einer abweichenden Einschätzung eines anderen Prüfarztes/-gremiums allerdings schon aufgrund der unklaren Vorgabe nicht endgültig ausgeschlossen ist und unsere Praxis aufgrund der erheblichen Sachkosten die Leistung nicht aus eigener Tasche zahlen kann, müssen wir mit Ihnen in diesem Fall der nachträglichen Korrektur privat abrechnen. Diese Situation kann bis zu vier Jahre und sechs Monate nach Abrechnung der Leistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung eintreten. Wir vereinbaren deshalb Folgendes:

I. Die Parteien vereinbaren die Durchführung einer Arthroskopie mit Prozeduren am Gelenk (Spülung, Entfernung krankhaften oder störenden Gewebes/Materials, Eingriffe an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken) auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten. Der Eingriff ist nach Einschätzung der Praxis ein zu Lasten der Kasse des Patienten erbringbarer Eingriff. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass dies nachträglich von Seiten Dritter (Prüfgremien/Prüfärzte) anders gesehen und die Sachkosten/Leistungen daher zur Rückzahlung des Arztes an die Kassenärztliche Vereinigung oder Krankenkasse festgesetzt werden. Der Arzt ist nicht zum Widerspruch verpflichtet.

II. Im Falle des Regresses und Honorarberichtigung erfolgt die Abrechnung der Leistung nach Maßgabe der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten gegenüber dem Patienten. Es fallen dann voraussichtlich folgende Kosten an:

Leistung GOÄ-Nr. Faktor Betrag

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sowie Sachkosten gem. § 10 GOÄ.

Sie erhalten im Anschluss an einen Regress die Rechnung, in der die erbrachten Leistungen, der Gebührensatz unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung aufgeführt werden. Voraussichtlich entstehen Gesamtkosten in Höhe von ca \_\_\_\_\_\_\_\_ €. Darin nicht enthalten sind die Kosten der Anästhesiologie und der Physiotherapie, die ggf. hinzuzusetzen sind. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Kosten der durchgeführten Operation und deren Folgekosten nicht von Dritten (Kostenträgern) übernommen werden.

Sie verzichten vorsorglich für die nächsten fünf Jahre auf die Einrede der Verjährung.

III. Der guten Ordnung halber weisen wir darauf hin, dass Sie die Möglichkeit haben, sich über unsere Einschätzung durch einen weiteren Arzt beraten zu lassen. Die durch die Zweitmeinung entstehenden Kosten müssten Sie derzeit noch selbst tragen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass zukünftig die Zweitmeinung eine Kassenleistung sein wird. (Ich möchte keine Zweitmeinung in Anspruch nehmen □⁭ Das Ergebnis der Zweitmeinung bestätigt/bestätigt nicht die Indikation zu Lasten der Krankenkasse □).

Ort, Datum

Unterschrift Patient Unterschrift Arzt