

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/739993

ANTRAG

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Arthroskopien

Arthroskopie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel, Vorname, Name geb. am

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP 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 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 dem 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 der Hoffa'schen Fettkörper und/oder Entfernung freier Gelenkkörper

und

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

und

c) Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusnaht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/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 dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes durchgeführt. Davon habe ich jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen durchgeführt:

d) Resezierende arthroskopische Operationen und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltung und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-)totale Synovektomie

und

e) Rekonstruktive arthroskopische Operation

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

III. Räumliche und apparative Voraussetzungen

Die arthroskopischen Operationen werden durchgeführt

Ich bin **Betreiber** der
OP-Räumlichkeit:

Ja

Nein*

Betriebsstättennummer: _____

*

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Nebenbetriebsstättennummer: _____

*

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Ausgelagerte OP-Räume:

*

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

***Betreiber:** _____

ggf. Titel, Vorname, Nachname

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 Bodenabläufe:

Ja

Nein

Eine Fernsehkette wird vorgehalten:

Ja

Nein

IV. Erklärung

- Die organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen nach den §§ 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 RLP 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 RLP erforderlich ist. Ich/Wir werde/n die KV RLP 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 RLP 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.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)