

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/739993](http://www.kv-rlp.de/739993)

## ANTRAG

### 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

.....  
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

**Folgende gelenkspezifische arthroskopische Leistungen werden von mir/uns durchgeführt:**

1. Arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken und weiteren nachfolgend nicht genannten Gelenken:

- Ich bin Facharzt für „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“.

oder

- Ich bin Facharzt für „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ und habe mindestens 25 arthroskopische Operationen am Kniegelenk und mindestens 25 durchgeführte arthroskopische Operationen am Schultergelenk durchgeführt.

Davon sind jeweils 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen.

oder

- Ich bin Facharzt für „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ und habe mindestens 115 arthroskopische Operationen am Kniegelenk und mindestens 30 arthroskopische Operationen am Schultergelenk durchgeführt.

Davon sind mindestens 20 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk und mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Schultergelenk.

2. Arthroskopische Leistungen an der Hüfte sowie nach Nummer 1:

- Ich bin Facharzt für „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“.

oder

- Ich bin Facharzt für „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ und habe

- a) mindestens 115 arthroskopische Operationen am Kniegelenk und mindestens 30 arthroskopische Operationen am Schultergelenk durchgeführt.  
Davon sind mindestens 20 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk und mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Schultergelenk.

- b) Durchführung von 15 arthroskopischen Operationen an der Hüfte.

3.1. Arthroskopische Leistungen an den Händen (Handgelenke und Hände) sowie nach Nummer 1:

- Ich bin Facharzt für „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“ oder „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ und habe
  - a) mindestens 115 arthroskopische Operationen am Kniegelenk und mindestens 30 arthroskopische Operationen am Schultergelenk durchgeführt. Darunter sind mindestens 20 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Kniegelenk und mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen am Schultergelenk.
  - b) Durchführung von insgesamt 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an den Händen.

3.2. Arthroskopische Leistungen ausschließlich an den Händen (Handgelenk und Hände):

- Ich besitze die Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ mit dem Nachweis von insgesamt 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an den Händen.

4. Arthroskopische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen:

- Ich bin Facharzt für „Kinder- und Jugendorthopädie“ und habe 20 arthroskopische Operationen bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen.

Die nachzuweisenden Eingriffe müssen selbstständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Ärztin oder weiterbildungsbefugten Arztes oder im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit erbracht worden sein.

**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 Vorrichtung zur Videodokumentation (Tape oder Print) ist vorhanden:

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 § 4 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 Ver-  
tragsarzt, MVZ, Institut)