

Engagiert für Gesundheit.

**Antrag  
auf Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung  
arthroskopischer Leistungen nach der Vereinbarung von  
Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V  
(Arthroskopie-Vereinbarung)**

Name: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon/ Telefax: .....

LANR: ..... (wenn bereits bekannt)

BSNR: ..... (wenn bereits bekannt)

Fachgebiet .....

**Angestellte(r) Ärztin / Arzt gemäß bei:**

.....

Ich beabsichtige ab dem ..... in 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 möchte 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**.

**und**

- 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** entfallen mind. jeweils 30 auf nachfolgende arthroskopische Operationen:

- a) Arthroskopische Operation mit Meniskus-(Teil-)Resektion, Plica-(Teil-)Resektion, (Teil-) Resektion der Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper

- b) Arthroskopische Operation mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions
- c) Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischem Ersatz eines Bandes

**oder**

- 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** entfallen mind. jeweils 30 auf nachfolgende arthroskopische Leistungen:

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

## D

### 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
- Über die in der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren festgelegten räumlichen Anforderungen hinaus werden am Standort der Erbringung der Arthroskopien die im Folgenden aufgeführten räumlichen und apparativen Voraussetzungen erfüllt:
- 1) Räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraums 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.

## Erklärung der Einrichtung

bei Durchführung der Arthroskopien in einem MVZ, in der Praxis eines Kollegen, in einem OP-Zentrum bzw. in einem Krankenhaus:

- Ich bin/ Wir sind/ damit einverstanden, dass die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der benannten Praxis/ in dem benannten MVZ/ in dem benannten OP-Zentrum/ in dem benannten Krankenhaus nach vorheriger Absprache daraufhin überprüft werden können, ob diese den in der Arthroskopie-Vereinbarung beschriebenen Qualitätskriterien entsprechen.

Sollte die Einverständniserklärung zu einer Visitation verweigert werden, so nehme(n) ich/ wir davon Kenntnis, dass dem Antragsteller die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der arthroskopischen Leistungen versagt oder widerrufen werden kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Eigentümers/ Trägers

.....  
Arzt-/ Praxisstempel  
bzw. Stempel des  
Trägers der Einrichtung

- 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.

## E

### 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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

.....  
Arzt- / Praxisstempel

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes