



## Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
**arthroskopischer Leistungen** gemäß der Vereinbarung von  
Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



Für die Antragsbearbeitung müssen alle nachstehenden Felder  
vollständig und leserlich ausgefüllt werden.

### Der Antrag wird gestellt für:

Name

Vorname

Geburtsdatum:

LANR, sofern bekannt:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Zugelassen **oder** angestellt ab:  
**oder** persönlich ermächtigt

Anstellung bei:

Facharztanerkennung als:

Geplante Aufnahme der Tätigkeit:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

### Aktuelle Kontaktdaten:

Adresse:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

## Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV  erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

## Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die fachlichen Voraussetzungen werden nachgewiesen durch:

Facharzt für Chirurgie

**oder**

Facharzt für Orthopädie

**und**

die fakultative Weiterbildung spezielle orthopädische Chirurgie im Gebiet Orthopädie

**oder**

die Urkunde der Ärztekammer über die Anerkennung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie

(Für die Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände kann ohne weiteren fachlichen Nachweis eine Genehmigung erteilt werden. Für arthroskopische Leistungen, die über die Behandlung posttraumatischer Zustände hinausgehen, ist ein differenziertes Zeugnis, wie unten beschrieben, vorzulegen)

**oder**

das beigefügte differenzierte Zeugnis über mindestens 180 selbstständig unter Anleitung durchgeführte arthroskopische Operationen

(Das differenzierte Zeugnis, dessen inhaltliche Kriterien der Arthroskopievereinbarung zu entnehmen sind, muss von einem von der Ärztekammer zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein)

## Allgemeine Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Eine Genehmigung zum ambulanten Operieren wurde bereits erteilt/ beantragt und die Arthroskopien sollen in der gleichen genehmigten/ beantragten Operationseinrichtung durchgeführt werden

Zusätzlich wird Folgendes erfüllt

- Es besteht eine räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) zwischen Operationsraum und den Räumlichkeiten des allgemeinen Praxisbetriebes
- Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum nicht vorhanden
- Eine Fernsehkette ist vorhanden
- Eine Fotokopie des Lieferscheines ist beigelegt

**Wenn alle allgemeinen Voraussetzungen bestätigt wurden, können Sie auf der letzten Seite fortfahren**

**Sofern die Genehmigung zum ambulanten Operieren nicht erteilt/ beantragt wurde oder die Arthroskopien in einer anderen Operationseinrichtung durchgeführt werden sollen, bitte hier weiter ausfüllen:**

## Leistungsort

1. Die Leistung wird in den Räumen des Hauptstandortes (Praxis/MVZ) durchgeführt:

**und/oder**

2. Die Leistung wird in einer/mehreren Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt:

- der Filiale
- der überörtlichen Nebenbetriebsstätte
- im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit (im Klinikum)

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung und der Adresse der Nebenbetriebsstätte/n)

1)

2)

**und/oder**

3. Die Leistung wird in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt.

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV der KVWL gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z. B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigelegt.
- liegt der KVWL bereits vor. (für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll)

## Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

### 1. Räumliche Ausstattung

Folgende Räume werden vorgehalten:

- Operationsraum
- Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
- Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten  
Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter  
Raum für Putzmittel
- Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten
- ggf. Ruheraum/Aufwachraum für Patienten
- ggf. Umkleidebereich für Patienten
- räumliche Trennung (z. B. Flur, Schleuse, Vorraum) zwischen Operationsraum und den Räumlichkeiten des allgemeinen Praxisbetriebes

} eine Kombination dieser Räume ist möglich

### 2. apparativ-technische Voraussetzungen

#### Operationsraum

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Raumboflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen können problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden
- Fußbodenbelag ist flüssigkeitsdicht
- Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen
- Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe sind im Operationsraum **nicht** vorhanden

#### Wascheinrichtung

Es wird Folgendes vorgehalten:

- zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

## Anforderungen an den Ort der Leistungserbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

### Instrumentarium und Geräte

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- OP-Tisch/-Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
- fachspezifisches, operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- eine Fernsehkette ist vorhanden
  - Eine Fotokopie des Lieferscheines ist beigelegt -
- ggf. Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)

### Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterialien

Es wird Folgendes vorgehalten:

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, ist in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

### **3. Hygienische Voraussetzungen**

Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren
- sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte
- Dokumentation über Infektionen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Hygieneplan nach dem IfSG

### **4. Notfälle**

In der Einrichtung, in der Eingriffe gemäß § 115 b SGB V durchgeführt werden, sind folgende Voraussetzungen für Notfälle erfüllt:

- Organisationsplan für Notfälle/ Notfallplanung für Zwischenfälle ist vorhanden
- Teilnahme des Personals an regelmäßigen Fortbildungen im Notfall-Management
- Gewährleistung geeigneter Reanimationsmaßnahmen entsprechend dem Leistungsspektrum
- Notfallversorgung für Eingriffe gemäß § 115 b SGB V ist sichergestellt

## Allgemeines

Zutreffendes bitte ankreuzen

Es wird versichert, dass für alle Eingriffe die folgenden allgemeinen organisatorischen Voraussetzungen gewährleistet sind:

- ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operators bzw. des behandelnden Arztes für den Patienten
- Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den operativen Eingriff und die ggf. notwendige Anästhesie (alternative Möglichkeiten der Durchführung und Nachbehandlung)
- geregelter Informations- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten
- sind der vorbehandelnde Arzt und der Operator bzw. der behandelnde Arzt nicht identisch, ist eine Kooperation für die Weiterbehandlung gewährleistet
- sind der Operator bzw. der behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch, ist eine Kooperation für die Nachbehandlung gewährleistet
- geregelte Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen

## Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass

- bei Eingriffen gemäß § 115 b SGB V, für die eine ärztliche Assistenz erforderlich ist, der Assistent über die bei jedem individuellen Eingriff erforderliche Erfahrung und den medizinischen Kenntnisstand verfügt.
- falls bei einem Eingriff keine ärztliche Assistenz gemäß § 115 b SGB V erforderlich ist, ein qualifizierter Mitarbeiter mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf oder im Beruf als Medizinische Fachangestellte als unmittelbare Assistenz anwesend ist.
- weiterhin eine Hilfskraft (mindestens in Bereitschaft) sowie, falls medizinisch erforderlich, auch für Anästhesien ein Mitarbeiter mit entsprechenden Kenntnissen anwesend ist.
- mir bekannt ist, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die räumlichen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß § 5 der Vereinbarung entsprechen.
- ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

**Ort u. Datum**

**Unterschrift des Antragstellers**

**Der Antrag für Angestellte ist vom Arbeitgeber zu stellen!  
(ggf. Vertragsarztstempel)**



## Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

**Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!**

Die Erklärung für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber (anstellender Arzt bzw. MVZ) abzugeben.

|   |   |
|---|---|
| Diese Erklärung gilt für mich<br><b>Angaben des Antragstellers:</b>   | für einen angestellten Arzt<br><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die angegebenen Leistungen durchführen soll:</b> |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/>  |
| LANR: <input type="text"/>  | LANR: <input type="text"/>  |
| <b>Hauptsächlicher Tätigkeitsort des Arztes,</b><br>der Leistungen in dem unten genannten ausgelagerten Praxisraum durchführen will/soll: |   |
| Bezeichnung:  | <input type="text"/>  |
| Straße, Hausnummer  | <input type="text"/>  |
| PLZ, Ort  | <input type="text"/>  |

**Ausgelagerte Praxisräume** sind Standorte in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz, an denen **spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen** durchgeführt werden dürfen. Von einer räumlichen Nähe ist auszugehen, wenn der ausgelagerte Praxisraum vom Vertragsarztsitz aus innerhalb von höchstens 30 Minuten erreicht werden kann. Der Patientenerstkontakt muss am Vertragsarztsitz stattfinden.

|  |                      |                      |                |
|--|----------------------|----------------------|----------------|
| <b>Genauere Bezeichnung und Anschrift des ausgelagerten Praxisraumes:</b>                  |                      |                      |                |
| Bezeichnung:   | <input type="text"/> |                      |                |
| Straße, Hausnummer   | <input type="text"/> |                      |                |
| PLZ, Ort   | <input type="text"/> |                      |                |
| <b>Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:</b> Es handelt sich um die Räume |                      |                      |                |
| der Praxis   | des MVZ              | des Klinikums        | eines Kollegen |
| Der ausgelagerte Praxisraum liegt in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz.                 |                      |                      |                |
| <b>Entfernung</b> zwischen ausgelagertem Praxisraum und Vertragsarztsitz                   |                      |                      |                |
| <input type="text"/>   | km                   | <input type="text"/> | Fahrzeit       |

**Angabe der speziellen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen**

- Bitte benennen Sie jede Leistung genau und geben, wenn möglich zur eindeutigen Identifizierung der jeweiligen Leistung, die in dem ausgelagerten Praxisraum durchgeführt werden soll, die entsprechende Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM oder die Symbolnummer (SNR) an.
- **Nur für die ausschließliche Durchführung ambulanter Operationen reicht die Angabe „Leistungen des Kapitels 31.2. des EBM“.**
- **Sofern Laboruntersuchungen im ausgelagerten Praxisraum durchgeführt werden sollen, sind die jeweiligen GOP zwingend anzugeben.**

| Leistung | GOP/SNR |  |  |  |  |
|----------|---------|--|--|--|--|
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |
|          |         |  |  |  |  |

\*Sollen weitere Leistungen erbracht werden, führen Sie diese bitte auf einem gesonderten Blatt auf.

Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in den ausgelagerten Praxisräumen:

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass**

- in den ausgelagerten Praxisräumen kein Erstkontakt mit Patienten stattfinden wird. Der Patientenerstkontakt findet am Vertragsarztsitz statt.
- das Gebot der persönlichen Leistungserbringung nach § 15 BMV-Ärzte erfüllt wird.

**Ort u. Datum**

**Unterschrift Vertragsarzt/Geschäftsführer des MVZ**