



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Praxisstempel

Telefon (030) 31003 - 467, Fax (030) 31003 -305

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung

**für Arthroskopie-Leistungen gemäß der Arthroskopie-Vereinbarung  
nach § 135 Abs. 2 SGB V vom 08.09.1994 in der derzeit gültigen Fassung**

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Arthroskopie-Vereinbarung vom 08.09.1994

**1. Abrechnungsgenehmigung zum ambulanten Operieren**

Ich habe die Abrechnungsgenehmigung für das ambulante Operieren:

JA  NEIN

Falls NEIN:

Ich habe die Abrechnungsgenehmigung für Leistungen im Rahmen des ambulanten Operierens am ..... beantragt.

Ich werde die Arthroskopien nur belegärztlich durchführen.   
(Ich habe die Genehmigung für die belegärztliche Tätigkeit bzw. habe sie beantragt.)

**2. Fachkundenachweis:**

Den Nachweis über die durchgeführten arthroskopischen Operationen habe ich beigefügt:

JA  wird nachgereicht

**2.1 Nachweis der fachlichen Befähigung:**

**2.1.1** Ich habe das Recht zum Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für Chirurgie“

JA  NEIN

Falls Arzt für Chirurgie:

Nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung bin ich berechtigt; die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ zu führen:

JA  NEIN

Falls JA:

Ohne den Einzelnachweis nach Punkt 2.2 ist nur die arthroskopische Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände zulässig. Falls dies nicht erwünscht ist, bitte Einzelnachweis nach Punkt 2.2 führen.

Falls NEIN:

Es sind die durchgeführten arthroskopischen Operationen nach 2.2 nachzuweisen.

**oder**



**2.1.2** Ich habe das Recht zum Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für Orthopädie“

JA

NEIN

Falls Arzt für Orthopädie:

Ich habe die fachliche Befähigung nach Maßgabe der fakultativen Weiterbildungsordnung „spezielle orthopädische Chirurgie“ im Gebiet der Orthopädie erworben:

JA

NEIN

Falls JA:

Es sind keine weiteren Einzelnachweise erforderlich

Falls NEIN:

Es sind die durchgeführten arthroskopischen Operationen nach Punkt 2.2 nachzuweisen.

## 2.2 Nachweis der durchgeführten Arthroskopien

### Hinweis:

Dieser Nachweis ist nur notwendig, falls in Punkt 2.1.1 oder 2.1.2 „NEIN“ angekreuzt oder Unfallchirurg und keine Einschränkungen auf die Behandlung posttraumatischer Zustände erwünscht sind.

Die geforderte Anzahl von Arthroskopien habe ich durchgeführt und kann die selbständige Durchführung der geforderten Anzahl nach § 4 Abs. 2 gemäß der Arthroskopie-Vereinbarung nachweisen

JA

NEIN

Falls JA:

Bitte Anzahl jeweils einzeln oder die jeweilige Summe eintragen

\_\_\_\_\_ Meniskus-(Teil-)Resektion  
 \_\_\_\_\_ Plica-(Teil-)Resektion  
 \_\_\_\_\_ (Teil-)Resektion des Hoffaschen Fettkörpers  
 \_\_\_\_\_ Entfernung freier Gelenkkörper  
 \_\_\_\_\_ **Gesamt Summe 1 (mind. 30; § 4 (2 a))**

und

\_\_\_\_\_ Knorpelglättung(en)  
 \_\_\_\_\_ Pridie-Bohrung(en)  
 \_\_\_\_\_ Patella-Shaving  
 \_\_\_\_\_ Lateral-Release  
 \_\_\_\_\_ Entfernung eines Meniskusganglions  
 \_\_\_\_\_ **Gesamt Summe 2 (mind. 30; § 4 (2 b))**

und

\_\_\_\_\_ Synovektomie  
 \_\_\_\_\_ gelenkplastischer Abrasio  
 \_\_\_\_\_ Fixierung von Knorpeldissekaten  
 \_\_\_\_\_ Patellazügelung  
 \_\_\_\_\_ Meniskusnaht/Meniskusrefixation  
 \_\_\_\_\_ Bandnaht  
 \_\_\_\_\_ Bandstraffung  
 \_\_\_\_\_ plastischer Ersatz des Bandes  
 \_\_\_\_\_ **Gesamt Summe 3 (mind. 30; § 4 (2 c))**

\_\_\_\_\_ **Summe 1, 2, 3 (Insgesamt mind. 180)**



\_\_\_\_\_ Übertrag Summe 1, 2, 3 ((Insgesamt mind. 180))

falls in Summe 1, 2 oder 3 keine 30 erreicht oder insgesamt keine 180 erreicht:

- \_\_\_\_\_ resezierende arthroskopische Operationen
- \_\_\_\_\_ arthroskopische Kapsel-Bandspaltungen
- \_\_\_\_\_ arthroskopische-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper
- \_\_\_\_\_ (sub-)totale Synovektomie
- \_\_\_\_\_ **Gesamt Summe (mind. 30; § 4 (2 d))**

oder

\_\_\_\_\_ rekonstruktive arthroskopische Operation (mind. 30; § 4 (2e))

\_\_\_\_\_ **Summe über alle selbständig durchgeführten Arthroskopien** (mind. 180)

### 3. Nachweis der räumlichen und apparativen Voraussetzungen

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass bei meinen ambulanten bzw. belegärztlichen arthroskopischen Operationen mindestens die Anforderungen an die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren" vollständig erfüllt sind.

Außerdem versichere ich, dass folgende räumlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß § 5 der Arthroskopie - Vereinbarung erfüllt sind:

1. räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
2. keine Wasch - und Reinigungsbecken sowie keine Bodenläufe im Operationsraum
3. Vorhalten einer Fernsehkette

### 4. Operationsstandort

**Angaben zum Operationsstandort:**

4.1 Ich führe für alle Kassengruppen (u.a. auch im Rahmen der ambulanten Operationen) Arthroskopien **in meiner eigenen** Praxis durch:

und/oder am **ausgelagerten** Operationsstandort:

wenn JA, bitte Anschrift und Name des Betreibers

.....  
.....

\* Sollten Sie an mehreren Operationsstandorten ambulante Operationen/Anästhesien durchführen, bitte auf einem gesonderten Bogen auflisten.



Hinweis:

Soweit ambulante Operationen außerhalb meiner Praxis erbracht werden, versichere ich, dass meine Präsenzpflcht in der eigenen Praxis gemäß BMV-Ä/EKV gewährleistet ist.



**5. ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin beauftragte Kommission, die von mir genutzten Operationsräume auf Übereinstimmung gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V sowie gemäß § 5 der Arthroskopie - Vereinbarung überprüfen kann.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Arthroskopie-Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Die fachlichen Nachweise sind in Kopie einzureichen.

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung