



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

☎ (030) 31003 - 467
☎ (030) 31003 - 50730
✉ QS-Team1@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Arthroskopie-Leistungen

gemäß der Arthroskopie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V i. V. m. der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt</p>
--	---

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung</p> <p><input type="checkbox"/> Anstellung</p> <p><input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis</p> <p><input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik</p> <p><input type="checkbox"/> üBAG</p> <hr/> <p>Name des Krankenhauses</p>										

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	<hr/>
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	<hr/>
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistung (Kapitel 31.2.5 EBM)

- Arthroskopie-Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
- Arthroskopie-Leistungen ausschließlich belegärztlich

Waren Sie bereits in einem anderen KV-Bereich berechtigt, Arthroskopie-Leistungen zu erbringen?

- Ja (Bitte die Kopie des Bescheides beifügen.)

Angaben zum Operationsstandort

Soweit ambulante Arthroskopien außerhalb der eigenen Praxis erbracht werden, muss die Präsenzpflcht in der eigenen Praxis gemäß BMV-Ä gewährleistet sein.

- in eigener Praxis **und/oder**
- am ausgelagerten Operationsstandort:

Bei ausgelagerten OP-Standorten bitte Anschrift und Name des Betreibers angeben:

Bei mehr als drei Operationsstandorten, listen Sie die Standorte bitte gesondert auf.

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Nachweis der fachlichen Befähigung nach § 4 der Arthroskopie-Vereinbarung

- Facharzt für Orthopädie mit fakultativer Weiterbildung "Spezielle orthopädische Chirurgie"

Keine weiteren Nachweise über selbstständig durchgeführte Arthroskopien erforderlich. Berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände.

ODER

- Facharzt für Chirurgie
- Facharzt für Orthopädie
- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie (nach Maßgabe der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung)

Nur in Verbindung mit dem Nachweis der selbstständig durchgeführten Arthroskopien. Bei Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie ist ohne Einzelnachweise der durchgeführten arthroskopischen Operationen nur die arthroskopische Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände zulässig.



Nachweis der fachlichen Befähigung nach § 4 der Arthroskopie-Vereinbarung
-Fortsetzung-

- Nachweis von **180 selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen** unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes (Zeugnisse gemäß §7 Abs. 2 Arthroskopie-Vereinbarung)

Davon müssen mindestens **jeweils 30** der nachfolgend aufgeführten Operationen durchgeführt worden sein:

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

Summe: _____

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

Summe: _____

- Arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oderplastischem Ersatz eines Bandes

Summe: _____

Alternativ: Von den 180 arthroskopischen Operationen können anstelle der vg. Arthroskopien auch mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen durchgeführt und nachgewiesen werden:

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

Summe: _____

- Rekonstruktive arthroskopische Operation

Summe: _____

Gesamtsumme: _____

- Abrechnungsgenehmigung für das ambulante Operieren liegt vor/wurde beantragt

- Abrechnungsgenehmigung für die belegärztliche Tätigkeit liegt vor/ wurde beantragt (nur bei Beantragung der Leistung belegärztlicher Arthroskopien)



Nachweis der räumlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung i. V. m. der QSV zum ambulanten Operieren

- Vollständige Erfüllung der Anforderungen an die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren"
- räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
- keine Wasch - und Reinigungsbecken sowie keine Bodenläufe im Operationsraum
- Vorhalten einer Fernsehkette



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 4**
- **Hygienische Voraussetzungen gemäß § 5**
- **Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen gemäß § 6**

der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren.

Es 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 Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der Arthroskopie-Vereinbarung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)



Einverständniserklärung zur Praxisbegehung

Das Einverständnis darüber, dass die von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin beauftragte Kommission, die genutzten Operationsräume auf Übereinstimmung gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V sowie gemäß § 5 der Arthroskopie – Vereinbarung überprüfen kann, wird erklärt.

Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung gemäß § 6 der Arthroskopie-Vereinbarung erklärt.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller