

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 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-409
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für arthroskopische Leistungen

gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) i. V. m. der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____ Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	_____ sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																
☐ Zulassung ☐ Anstellung ☐ Ermächtigter Krankenhausarzt	☐ Einzelpraxis ☐ BAG	☐ MVZ/Poliklinik ☐ üBAG															
Name des Krankenhauses _____																	

Grund der Antragstellung	
☐ erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	☐ Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

Kapitel 31.2.5 EBM

- ☐ Arthroskopische Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
- ☐ Arthroskopische Leistungen im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit

- ☐ Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken
- ☐ Hüfte
- ☐ Handgelenke und Hände

- ☐ bei Kindern und Jugendlichen

Leistungsort

- ☐ Betriebsstätte

Adresse

- ☐ Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

- ☐ Ausgelagerter Praxisraum
- ☐ Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 - ☐ Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigelegt
 - ☐ Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft ist beigelegt

Adresse

Hinweise hinsichtlich einer belegärztlichen Tätigkeit:

Bei einem Belegkrankenhaus, in dem ambulante Arthroskopien durchgeführt werden, handelt es sich um einen ausgelagerten Praxisraum. Diese Arthroskopien werden über die Betriebsstätte abgerechnet, die dem ausgelagerten Praxisraum zugeordnet ist.

Bei der Durchführung von Arthroskopien im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit muss zusätzlich für das Belegkrankenhaus eine Genehmigung beantragt werden. Diese Arthroskopien sind dann abzurechnen über die für die belegärztliche Tätigkeit vergebene BSNR.



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.

Fachliche Befähigung für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken gemäß § 3 Abs. 1 Arthroskopie-Vereinbarung

- ☐ FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Zusatzbezeichnung Spezielle orthopädische Chirurgie
- ☐ FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie und
 - ☐ Nachweis von mindestens 25 arthroskopischen Operationen am Kniegelenk (davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen) und
 - ☐ Nachweis von mindestens 25 arthroskopischen Operationen am Schultergelenk (davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen)
- FA für ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie ☐ Allgemeinchirurgie ☐ Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und
 - ☐ Nachweis von mindestens 115 arthroskopischen Operationen am Kniegelenk (davon mindestens 20 rekonstruktive arthroskopische Operationen) und
 - ☐ Nachweis von mindestens 30 arthroskopischen Operationen am Schultergelenk (davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen)

Fachliche Befähigung für arthroskopische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 3 Abs. 2 Arthroskopie-Vereinbarung

- ☐ Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Orthopädie und
 - ☐ Nachweis von 20 arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen

Fachliche Befähigung für arthroskopische Leistungen an der Hüfte gemäß § 3 Abs. 3 Arthroskopie-Vereinbarung

- ☐ FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Zusatzbezeichnung Spezielle orthopädische Chirurgie
- Facharzt für ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie ☐ Allgemeinchirurgie ☐ Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und
 - ☐ Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken (siehe oben) und
 - ☐ Nachweis von mind. 15 arthroskopischen Operationen an der Hüfte

Fachliche Befähigung für arthroskopische Leistungen an den Händen (Handgelenke und Hände) gemäß § 3 Abs. 4 Arthroskopie-Vereinbarung

- ☐ Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Handchirurgie und
 - ☐ Nachweis von insgesamt 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an Händen
- Facharzt für ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie ☐ Allgemeinchirurgie ☐ Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und
 - ☐ Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen für arthroskopische Leistungen an Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken (siehe oben) und
 - ☐ Nachweis von insgesamt 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an der Hand



Räumliche und apparativen Voraussetzungen gemäß § 4 der Arthroskopie-Vereinbarung i. V. m. der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren

- ☐ Es wird bestätigt, dass die in § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren festgelegten räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen erfüllt werden.
- ☐ Des Weiteren wird versichert, dass die nachfolgenden Anforderungen erfüllt werden:
 - 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 Vorrichtung zur Videodokumentation (Tape oder Print)

Sonstige Voraussetzungen

Eine Abrechnungsgenehmigung für das ambulante Operieren

- ☐ liegt der KV Berlin vor
- ☐ wurde beantragt.

Für die Abrechnung der belegärztlichen Leistung ist eine Anerkennung als Belegarzt erforderlich.

- ☐ Die Anerkennung als Belegarzt liegt der KV Berlin vor.
- ☐ Die Anerkennung als Belegarzt wurde beantragt.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

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 des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen. 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

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach vorheriger Anmeldung eine Praxisbegehung vornehmen kann, um die räumlichen und apparativen Anforderungen für das Erbringen arthroskopischer Leistungen zu überprüfen, wird erklärt. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung erklärt, gemäß § 5 Abs. 11 der Arthroskopie-Vereinbarung.

Bei der Leistungserbringung in der eigenen Praxis

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Bei der Leistungserbringung an ausgelagerten Operationsstandorten Dritter

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift OP-Betreiber