

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 / 31 003-684
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-3@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 stationärer ersetzenden Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V

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

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG _____ Name des Krankenhauses

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	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.)
- Nein

Leistungsort

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

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer
(sofern bereits bekannt)

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

Name und Adresse des Betreibers

- Nebenbetriebsstättennummer
(sofern bereits bekannt)

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

Name und Adresse des Betreibers

Bei mehr als zwei 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.

Fachliche Befähigung nach § 4 der Arthroskopie-Vereinbarung

- Facharzt für Orthopädie mit fakultativer Weiterbildung "Spezielle orthopädische Chirurgie"
Es sind keine weiteren Nachweise über selbstständig durchgeführte Arthroskopien erforderlich.

oder

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

und

- Nachweis von 180 selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes; davon müssen mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten Operationen durchgeführt worden sein:

Bei Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie ist ohne Einzelnachweise der durchgeführten arthroskopischen Operationen nur die arthroskopische Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände zulässig.

- 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 Knorpeldissekatien, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oderplastischem Ersatz eines Bandes
Summe: _____

oder

- 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: _____

und

- Abrechnungsgenehmigung für das ambulante Operieren
 liegt der KV Berlin vor
 wurde beantragt
 Abrechnungsgenehmigung für die belegärztliche Tätigkeit
nur bei Beantragung der Leistung belegärztlicher Arthroskopien
 liegt der KV Berlin vor
 wurde beantragt

Räumliche und apparativen Voraussetzungen gemäß § 5 der Arthroskopie-Vereinbarung i. V. m. der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zum ambulanten Operieren

- Es wird versichert, dass die nachfolgenden Anforderungen erfüllt sind:
- 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 die QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren:

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

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. § 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.

Bei der Leistungserbringung in der eigenen Praxis

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Bei der Leistungserbringung an ausgelagerten Operationsstandorten Dritter
vom OP-Betreiber zu unterschreiben

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift OP-Betreiber