

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

Faxnummer: 089/ 57093-61299  
E-Mail: [QS-Team-DMP@kvb.de](mailto:QS-Team-DMP@kvb.de)

## Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Arthroskopie-Vereinbarung

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

### Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als sieben Betriebsstätten)

Für **ausgelagerte Praxisräume** gilt Folgendes:

- Für ausgelagerte Praxisräume wird derzeit **keine BSNR** vergeben.
- Die Leistungen sind unter der **BSNR** der Betriebsstätte abzurechnen, der der ausgelagerte Praxisraum aufgrund der räumlichen Nähe zugeordnet ist.
- Ausgelagerte Praxisräume müssen in **räumlicher Nähe** zum Vertragsarztsitz liegen (**maximal 30 Minuten Wegezeit**).
- Der **Erstkontakt** darf nicht im ausgelagerten Praxisraum erfolgen.

**Wichtig für Antragsteller, die auch belegärztlich tätig sind:**

- **Wenn Sie am Standort Ihres Belegkrankenhauses auch ambulante Arthroskopien durchführen**, so handelt es sich bei der Adresse des Belegkrankenhauses hinsichtlich der ambulanten OP-Tätigkeit um einen **ausgelagerten Praxisraum**. Diese Arthroskopien werden über die Betriebsstätte abgerechnet, der der ausgelagerte Praxisraum zugeordnet ist.
- **Bei Arthroskopien, die im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit durchgeführt werden**, muss zusätzlich für das Belegkrankenhaus eine Genehmigung beantragt werden. Diese Arthroskopien sind über die für die belegärztliche Tätigkeit vergebene BSNR abzurechnen.

**Bitte sämtliche Adressen einfügen, an denen Sie ambulante Arthroskopien durchführen:**

1. \_\_\_\_\_ **BSNR:** \_\_\_\_\_  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Falls sog. „ausgelagerter Praxisraum“ bitte ergänzen:

Ich versichere, dass die Wegezeit zwischen Vertragsarztsitz und dem ausgelagerten Praxisraum maximal 30 Minuten beträgt.

2. \_\_\_\_\_ **BSNR:** \_\_\_\_\_  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Falls sog. „ausgelagerter Praxisraum“ bitte ergänzen:

Ich versichere, dass die Wegezeit zwischen Vertragsarztsitz und dem ausgelagerten Praxisraum maximal 30 Minuten beträgt.

3. \_\_\_\_\_ **BSNR:** \_\_\_\_\_  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Falls sog. „ausgelagerter Praxisraum“ bitte ergänzen:

Ich versichere, dass die Wegezeit zwischen Vertragsarztsitz und dem ausgelagerten Praxisraum maximal 30 Minuten beträgt.



### 3. Fachliche Befähigung

vgl. § 3 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 bis 9 Arthroskopie-Vereinbarung:

<b>3.1 Arthroskopische Leistungen/ Operationen an Knie, Schulter, Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß, Fußgelenken und weiteren Gelenken:</b>	
<input type="checkbox"/>	<p>3.1.1 Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „<b>Orthopädie und Unfallchirurgie</b>“ und der Zusatzbezeichnung „<b>Spezielle orthopädische Chirurgie</b>““</p> <p><b>oder</b></p>
<input type="checkbox"/>	<p>3.1.2 Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „<b>Orthopädie und Unfallchirurgie</b>“ und der Zusatzbezeichnung „<b>Spezielle Unfallchirurgie</b>“ und Nachweis über jeweils</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mindestens <b>25</b> durchgeführte arthroskopische Operationen am <b>Kniegelenk</b>, davon mindestens <b>10 rekonstruktive</b> und</li> <li>▪ mindestens <b>25</b> durchgeführte arthroskopische Operationen am <b>Schultergelenk</b>, davon mindestens <b>10 rekonstruktive</b></li> </ul> <p>(selbständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Arztes <b>oder</b> im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit)</p> <p><b>oder</b></p>
<input type="checkbox"/>	<p>3.1.3 Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnungen „<b>Orthopädie und Unfallchirurgie</b>“, „<b>Allgemeinchirurgie</b>“ oder „<b>Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie</b>“ und Nachweis über jeweils</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mindestens <b>115</b> durchgeführte arthroskopische Operationen am <b>Kniegelenk</b>, davon mindestens <b>20 rekonstruktive</b> und</li> <li>▪ mindestens <b>30</b> durchgeführte arthroskopische Operationen am <b>Schultergelenk</b>, davon mindestens <b>10 rekonstruktive</b></li> </ul> <p>(selbständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Arztes <b>oder</b> im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit)</p>
<b>3.2 Arthroskopische Leistungen/ Operationen an der Hüfte</b>	
<p><b>Zusätzlich</b> zu den oben aufgeführten <b>Anforderungen/ Nachweisen nach 3.1</b> (bitte oben ankreuzen) ist bei der Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnungen nach <b>3.1.2 oder 3.1.3</b> folgendes erforderlich:</p>	
<input type="checkbox"/>	<p><b>Nachweis</b> über mindestens <b>15</b> durchgeführte arthroskopische Operationen an der <b>Hüfte</b> (selbständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Arztes <b>oder</b> im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit)</p> <p><b>Hinweis:</b> Ärzte mit Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnungen nach 3.1.1 benötigen keinen weiteren Nachweis.</p>
<b>3.3 Arthroskopische Leistungen/ Operationen an den Handgelenken und Händen</b>	
<input type="checkbox"/>	<p>Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „<b>Handchirurgie</b>“ und Nachweis über insgesamt <b>20</b> diagnostische und therapeutische Arthroskopien an Händen (selbständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Arztes <b>oder</b> im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit)</p> <p><b>oder</b></p>
<input type="checkbox"/>	<p>Bei Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnungen nach <b>3.1.1, 3.1.2 oder 3.1.3</b> (bitte oben ankreuzen) inkl. der jeweiligen Nachweise (siehe oben), ist zusätzlich folgendes erforderlich: <b>Nachweis</b> über insgesamt <b>20</b> durchgeführte diagnostische und therapeutische Arthroskopien an der <b>Hand</b> (selbständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugten Arztes <b>oder</b> im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit)</p>



### 3.4 Arthroskopische Leistungen/ Operationen bei Kindern und Jugendlichen

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie oder Kinder und Jugendchirurgie  
**und**  
der Zusatzbezeichnung „**Kinder- und Jugend-Orthopädie**“  
**und**  
Nachweis über **20** arthroskopische Operationen bei Kindern und Jugendlichen (selbständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffen, de Leistung weiterbildungsbefugten Arztes **oder** im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit)



## 4. Räumliche und apparative Anforderungen

vgl. § 4 Arthroskopie-Vereinbarung

- Ich bestätige dass, die **Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) nach § 135 Abs. 2 SGB V **vorliegt** und die **räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen** nach § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zum ambulanten Operieren erfüllt werden.
- Zusätzlich** werden folgende räumliche und apparative Anforderungen erfüllt:
- Räumliche Trennung (z.B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraums von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
  - Im Operationsraum befinden sich keine Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe.
  - Eine Vorrichtung zur Videodokumentation (Tape oder Print) wird vorgehalten.

- Ich bin damit einverstanden, dass die KVB eine Praxisbegehung nach § 5 Abs. 11 Satz 3 Arthroskopie-Vereinbarung zur Überprüfung der räumlichen und apparativen Anforderungen durch die zuständige Qualitätssicherungskommission durchführen kann.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**


**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Anstellung zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift angestellter Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde/n zu Facharzt- und/oder Zusatzbezeichnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ggf. Zeugnis/se über selbständige Durchführung der jeweils geforderten Anzahl an arthroskopischen Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter <https://www.kvb.de/ueber-uns/erhebung-personenbezogener-daten>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Der Volltext der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung) ist unter [Arthroskopie.pdf \(kbv.de\)](#) abrufbar.