

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 Antragstellung erfolgt für folgende Betriebsstätte/n:**

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

Bitte bei jeder Adresse angeben, ob es sich um eine Haupt-/Nebenbetriebsstätte (z.B. genehmigte Filiale) mit eigener BSNR handelt oder ggf. einen ausgelagerten Praxisraum.

Für **ausgelagerte Praxisräume** gilt folgendes:

- Für ausgelagerte Praxisräume wird derzeit **keine BSNR** vergeben.
- Sie müssen in **räumlicher Nähe** zu einer Haupt-/Nebenbetriebsstätte liegen (regelmäßig **maximal 30 Minuten Fahrzeit**).
- **Die Leistungen sind unter der BSNR der Betriebsstätte abzurechnen, der der ausgelagerte Praxisraum aufgrund der räumlichen Nähe zugeordnet ist.**
- Der **Erstkontakt** mit den Patienten muss stets in der Haupt-/ Stammpraxis stattfinden.

**1. Adresse:** \_\_\_\_\_

**Haupt-/Nebenbetriebsstätte mit eigener BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Ausgelagerter Praxisraum** in räumlicher Nähe zur vorgenannter Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

Adresse: \_\_\_\_\_

Die arthroskopischen Leistungen werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

**Entfernung/Fahrzeit** zwischen ausgelagertem Praxisraum und v.g. Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

\_\_\_\_\_ **Kilometer** \_\_\_\_\_ **Minuten**

**2. Adresse:** \_\_\_\_\_

**Haupt-/Nebenbetriebsstätte mit eigener BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Ausgelagerter Praxisraum** in räumlicher Nähe zur vorgenannter Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

Adresse: \_\_\_\_\_

Die arthroskopischen Leistungen werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

**Entfernung/Fahrzeit** zwischen ausgelagertem Praxisraum und v. g. Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

\_\_\_\_\_ **Kilometer** \_\_\_\_\_ **Minuten**

**3. Adresse:** \_\_\_\_\_

**Haupt-/Nebenbetriebsstätte mit eigener BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Ausgelagerter Praxisraum** in räumlicher Nähe zur vorgenannter Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

Adresse: \_\_\_\_\_

Die arthroskopischen Leistungen werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

**Entfernung/Fahrzeit** zwischen ausgelagertem Praxisraum und v.g. Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

\_\_\_\_\_ **Kilometer** \_\_\_\_\_ **Minuten**


## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen:

- Nur** posttraumatische Krankheitszustände
- Nichtposttraumatische **und** posttraumatische Krankheitszustände

## 3. Fachliche Voraussetzungen

Nachfolgende Voraussetzungen werden erfüllt und nachgewiesen, vgl. § 4 Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Arthroskopie):

<p><b>3.1</b> Arthroskopischen Leistungen von <b>posttraumatischen Krankheitszuständen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“</p> <p><b>3.2</b> Arthroskopischen Leistungen von nichtposttraumatischen und posttraumatischen Krankheitszuständen</p> <p><input type="checkbox"/> Urkunde über Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Chirurgie <b>oder</b> Orthopädie</p> <p><b>oder</b></p> <p><input type="checkbox"/> Urkunde über Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie</p> <p><b>und</b></p> <p>Nachweis über selbständige Durchführung von <b>mindestens 180 arthroskopischen Operationen</b> unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes, davon mindestens jeweils</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30 arthroskopische Operationen mit Meniskus-(Teil-)Resektion, Plica.(Teil-) Resektion, (Teil-) Resektion des Hoffa´schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper</li> <li>▪ 30 arthroskopische Operationen mit Knorpelglättungen, Pridie-Bohrungen, Patella-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions</li> <li>▪ 30 arthroskopische Operationen mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpelrissekatzen, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischem Ersatz eines Bandes</li> </ul> <p><b>oder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30 resezierende arthroskopische Operationen und/oder arthroskopische Kapsel-Band-Spaltungen und/oder arthroskopisch-instrumentelle Entfernung freier Gelenkkörper und/oder (sub-) totale Synovektomien</li> <li>▪ 30 rekonstruktive arthroskopische Operationen</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über fakultative <b>Weiterbildung für spezielle orthopädische Chirurgie</b> im Gebiet der Orthopädie</p>	
--	--

## 4. Apparative und räumliche Voraussetzungen

<p><input type="checkbox"/> Die Genehmigung zur Durchführung ambulanter Operationen liegt vor und die apparativ-räumlichen Voraussetzungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren werden erfüllt (vgl. § 6, QSV ambulantes Operieren).</p>
<p><input type="checkbox"/> Zusätzlich werden folgende apparativen und räumlichen Voraussetzungen erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Räumliche Trennung des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes</li> <li>▪ Im Operationsraum befinden sich <b>keine</b> Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe</li> <li>▪ Fernsehkette wird vorgehalten</li> </ul>

Ich bin damit einverstanden, dass die KVB eine Praxisbegehung nach § 6 Abs. 3 QSV Arthroskopie zur Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen 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) Facharzturkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis über selbständige Durchführung der geforderten Anzahl an arthroskopischen Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ggf. Nachweis über fakultative Weiterbildung für spezielle orthopädische Chirurgie in der Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ggf. Nachweis über Befähigung des anleitenden Arztes	<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 [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). 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 Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Arthroskopie ist unter <http://www.kbv.de/html/qualitaetssicherung.php> abrufbar.