

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab: _____	
Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

### Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

### Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/arthroskopie](http://www.kvbawue.de/arthroskopie)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen:

- Arthroskopische Leistungen ambulant {ART1}
- Arthroskopische Leistungen belegärztlich\* {ARB1}

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

### Fachliche Befähigung nach § 4 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- fakultative Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie im Gebiet der Orthopädie  
(berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)

oder

- Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie  
(berechtigt nur zur Behandlung posttraumatischer Krankheitszustände)

oder

- Facharztbezeichnung Chirurgie oder Orthopädie und  
Nachweis über 180 arthroskopische Operationen, die selbstständig unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes durchgeführt wurden  
(berechtigt zur arthroskopischen Behandlung aller Krankheitszustände)



Von diesen 180 Arthroskopien entfallen mindestens 30 auf nachfolgende arthroskopische Operationen:

- arthroskopische Operationen mit Meniskus-(Teil-)Resektion, Plica-(Teil-)Resektion, (Teil-)Resektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper
- arthroskopische Operationen mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en), Patella-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Meniskusganglions
- arthroskopische Operation mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio, Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusdraht, Meniskusrefixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischem Ersatz eines Bandes

oder

insgesamt 180 Arthroskopien mit mindestens jeweils 30 der nachfolgenden arthroskopischen Operationen:

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

**Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gemäß § 7 in Kopie beifügen.**

## Räumliche und apparative Voraussetzungen nach § 5

- Die Erfüllung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren wird über eine gesonderte Erklärung nachgewiesen.

### Bitte das Antragsformular zum ambulanten Operieren ausfüllen und einreichen.

Darüber hinaus werden am Ort der Leistungserbringung folgende räumliche und apparative Voraussetzungen erfüllt:

- räumliche Trennung (z. B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes
- Es befinden sich kein Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe im OP-Raum.
- Meine Arthroskopie-Einrichtung verfügt über eine Fernsehkette mit Tape oder Printer.

Ich erkläre hiermit, dass zur Ausführung von arthroskopischen Leistungen die räumlichen sowie apparativen Voraussetzungen am Ort der Leistungserbringung im Sinne der Arthroskopie-Vereinbarung erfüllt sind.

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.



Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code