



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G

auf Genehmigung zur Ausführung arthroskopischer Leistungen gemäß der Vereinbarung
von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

3. _____
(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen gem. § 4 der Arthroskopie-Vereinbarung

1) fakultative Weiterbildung **Spezielle Orthopädische Chirurgie** im Gebiet **Orthopädie**
(§ 4 Abs. 1 a)

ja nein

oder

2) Schwerpunktbezeichnung **Unfallchirurgie** (§ 4 Abs. 1 b)
(berechtigt nur zur arthroskopischen Behandlung posttraumatischer
Krankheitszustände)

ja nein

oder

3) Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung **Chirurgie** oder **Orthopädie**
(§ 4 Abs. 2)

ja nein

und zusätzlich werden mindestens 180 selbständig, unter Anleitung eines zur
Weiterbildung nach dem Weiterbildungsrecht befugten Arztes, durchgeführte
arthroskopische Operationen nachgewiesen.

ja nein

Davon wurden mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen
Operationen durchgeführt:

a) Arthroskopische Operationen mit Meniskus-(Teil-)Resektion, Plica-(Teil-)Resektion,
(Teil-)Resektion des Hoffaschen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper

ja nein

b) Arthroskopische Operationen mit Knorpelglättung(en), Pridie-Bohrung(en),
Patella-Shaving, Lateral-Release und/oder Entfernung eines Miniskusganglions

ja nein

c) Arthroskopische Operationen mit Synovektomie, gelenkplastischer Abrasio,
Fixierung von Knorpeldissekaten, Patellazügelung, Meniskusnaht, Meniskus-
refixation, Bandnaht, Bandraffung und/oder plastischem Ersatz eines Bandes

ja nein

Gemäß Vereinbarung können anstelle der Arthroscopien nach a - c auch mindestens jeweils 30 der nachfolgend aufgeführten arthroskopischen Operationen durchgeführt und nachgewiesen werden:

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

ja nein

- e) Rekonstruktive arthroskopische Operation

ja nein

III. Räumliche Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1

Über die nach § 14 der "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren" festgelegten Anforderungen an die räumlichen Bedingungen hinaus werden nachgewiesen:

- a) Räumliche Trennung (z. B. Flur, Schleuse, Vorraum) des Operationsraumes von den Räumen des allgemeinen Praxisbetriebes

ja nein

- b) Im Operationsraum bestehen keine Wasch- und Reinigungsbecken sowie Bodenabläufe.

ja nein

IV. Apparative Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2

Es wird eine Fernsehkette vorgehalten und nachgewiesen.

ja nein

V. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
.....erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Ich erkläre mein Einverständnis gem. § 6 der Arthroskopie-Vereinbarung zur Durchführung von Überprüfungen der räumlichen und apparativen Gegebenheiten durch die Arthroskopie-Kommission sowie zur Stichprobenprüfung nach § 136 SGB V.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers
--------------	--	---

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Hinweise zu den diesem Antrag beizufügenden Nachweisen gem. § 7 der Vereinbarung

Zeugnisse und Bescheinigungen

- (1) Soweit die fachliche Befähigung nach § 4 Abs. 1 a oder 1 b erworben wurde, gilt diese durch den Nachweis des erfolgreichen Abschlusses der fakultativen Weiterbildung *Spezielle Orthopädische Chirurgie* im Gebiet *Orthopädie* oder durch die Vorlage der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung *Unfallchirurgie* als nachgewiesen.
- (2) Die über die fachliche Befähigung in der Arthroskopie nach § 4 Abs. 2 vorzulegenden Zeugnisse und Bescheinigungen müssen von dem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:
 - Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in der die Weiterbildung bzw. Anleitung stattfand
 - Zahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten arthroskopischen Operationen
 - Beschreibung der durchgeführten arthroskopischen Operationen
 - Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von arthroskopischen Operationen