



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und Sicherstellung

A N T R A G

**auf Genehmigung zur Ausführung arthroskopischer Operationen gemäß der Vereinbarung
von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V
Arthroskopie-Vereinbarung ab 01.10.2024**

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FÄ/FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Handynummer: _____

Mail: _____

Tätigkeit in / als:

- Eigener Niederlassung Ermächtigte/r Ärztin/Arzt
 Angestellte/r Ärztin/Arzt in einer Einr. / im MVZ Angestellte/r Ärztin/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. § 3 der Arthroskopie-Vereinbarung

1. Für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Operationen an Knie und Schulter sowie an Ellenbogen, Sprunggelenk, Fuß und Fußgelenken und weiteren in Absätzen 2 bis 4 nicht genannten Gelenken, gelten folgenden Voraussetzungen:

- a) Berechtigung zum Führen der **FA-Bezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“** und der **Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“** (kein Nachweis von Eingriffszahlen)

ja

nein

oder

- b) Berechtigung zum Führen der **FA-Bezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“** und der **Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“** und ein Nachweis von mindestens 25 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Kniegelenk (davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen) und 25 durchgeführten arthroskopischen Operationen am Schultergelenk (davon mindestens 10 rekonstruktive Operationen am Schultergelenk)

ja

nein

oder

- c) Berechtigung zum Führen der **FA-Bezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“**, **„Allgemeinchirurgie“** oder **„Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“** und ein Nachweis von mindestens 115 arthroskopischen Operationen am Kniegelenk (davon mindestens 20 rekonstruktive arthroskopische Operationen) und mindestens 30 arthroskopischen Operationen am Schultergelenk (davon mindestens 10 rekonstruktive arthroskopische Operationen)

ja

nein

2. Für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen gelten folgende Voraussetzungen:

- a) Berechtigung zum Führen der **FA-Bezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“** oder **FA für „Kinder- und Jugendchirurgie“** mit der **Zusatzbezeichnung „Kinder- und Jugend-Orthopädie“** und ein Nachweis von 20 arthroskopischen Operationen bei Kindern und Jugendlichen

ja

nein

3. Für die Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Operationen an der Hüfte gelten folgende Voraussetzungen:

- a) Berechtigung zum Führen der **FA-Bezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“** und der **Zusatzbezeichnung „Spezielle orthopädische Chirurgie“** (kein Nachweis von Eingriffszahlen)

ja

nein

oder

- b) Berechtigung zum Führen der **FA-Bezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“** oder **„Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ und ohne Zusatzbezeichnung**) **und** ein Nachweis von 15 arthroskopischen Operationen an der Hüfte

Hinweis: Voraussetzung ist die Genehmigung für Arthroskopien von Knie und Schulter (alle geforderten Nachweise nach Punkt 1 c der fachlichen Voraussetzungen dieses Antrages), keine singuläre Genehmigung möglich

ja

nein

4. Für die Ausführung und Abrechnung von **arthroskopischen Operationen an den Händen (Handgelenke und Hände)** gelten folgende Voraussetzungen:

- a) Berechtigung zum Führen der **FA-Bezeichnung „Allgemeinchirurgie“, „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“, „Kinder- und Jugendchirurgie“** mit der **Zusatzbezeichnung „Handchirurgie“ und** ein Nachweis von 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an den Händen

ja

nein

oder

- b) Berechtigung zum Führen der **FA-Bezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Allgemeinchirurgie“, „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ und ohne Zusatzbezeichnung und** ein Nachweis von 20 diagnostischen und therapeutischen Arthroskopien an den Händen

Hinweis: Voraussetzung ist die Genehmigung für Arthroskopien von Knie und Schulter (alle geforderten Nachweise nach Punkt 1 c der fachlichen Voraussetzungen dieses Antrages), keine singuläre Genehmigung möglich

ja

nein

III. Räumliche Voraussetzungen gem. § 4 Abs. 1

Über die nach § 6 der „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren“ (vom 28.11.2011) festgelegten Anforderungen an die räumlichen Bedingungen hinaus werden bestätigt:

- 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. § 4 Abs. 2

Es wird eine Vorrichtung zur Videodokumentation für arthroskopische Operationen vorgehalten und bestätigt.

ja

nein

V. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
.....erhalten. Eine Kopie 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. § 5 Absatz 11 der Arthroskopie-Vereinbarung zur Durchführung von Überprüfungen der räumlichen und apparativen Gegebenheiten durch die QS-Kommission Arthroskopie sowie zur Stichprobenprüfung nach der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie-Arthroskopie des GB-A vom 17.10.2019 nach § 135b Absatz 2 SGB V.

Datum

Stempel und Unterschrift
Antragsteller/in

Im Falle der Anstellung:
Stempel und Unterschrift
Ärztliche Leitung Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift Praxisinhaber/in

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Eine Genehmigung kann nicht rückwirkend erteilt werden. Zu jedem Antrag auf Ausführung arthroskopischer Operationen ist ebenfalls ein Antrag auf Ausführung von ambulanten Operationen zu stellen.

Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 5 der Vereinbarung

1. Die in § 5 Absatz 1 bis 9 geforderten Nachweise sind dem Antrag auf Genehmigung beizufügen.
2. Aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen muss hervorgehen, dass die in § 3 jeweils genannten fachlichen Anforderungen erfüllt sind und die räumlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß § 4 nachgewiesen wurden und berufsrechtliche Regelungen dem nicht entgegenstehen.
3. Die nach § 3 Absatz 1 bis 4 nachzuweisenden Eingriffe müssen selbständig unter Anleitung eines nach der Weiterbildungsordnung für die betreffende Leistung weiterbildungsbefugter/n Ärztin/Arztes oder im Rahmen einer fachärztlichen Tätigkeit erbracht worden sein.
4. Die über die fachliche Befähigung in der Arthroskopie nach § 3 vorzulegenden Zeugnisse und Bescheinigungen müssen von der/dem zur Weiterbildung befugten Ärztin/Arzt unterzeichnet sein.