

**Landesärztekammer Thüringen**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postfach 10 07 40  
07707 JenaTelefon: 03641 614-124  
Fax: 03641 614-129  
Internet: www.laek-thueringen.de  
Email: weiterbildung@laek-thueringen.de

**Antrag auf Erteilung einer Ermächtigung zur Weiterbildung in der  
Zusatz-Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie**

**A. Allgemeines**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

E-Mail (dienstlich): \_\_\_\_\_

Telefon (dienstlich): \_\_\_\_\_

Liegt ein gültiges Fortbildungszertifikat vor  ja  nein \* Gültigkeitsende \_\_\_\_\_Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Anschrift/en der zukünftigen Weiterbildungsstätte/n**

Name \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Abt. \_\_\_\_\_ Abt. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Abt. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Vollzeittätigkeit:  ja  nein \* Teilzeittätigkeit:  ja  nein \* Anzahl der Stunden / Woche: \_\_\_\_\_

niedergelassen/angestellt MVZ seit: \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_

Wenn in MVZ – Leiter des MVZ: \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

Spezielle Orthopädische Chirurgie

Verbund/Gemeinsame Ermächtigung zur Weiterbildung <sup>2</sup>  ja  nein \*

Wenn ja, mit wem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## B. Berufliche Angaben des Antragstellers

Dienststellung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Facharztanerkennung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Teilgebietsanerkennung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Anerkennung weiterer Zusatzbezeichnungen  
(wird von LÄK ausgefüllt)

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Liegt die volle Weiterbildungsermächtigung für Orthopädie und Unfallchirurgie vor?  ja  nein \*

**C.** Bitte fügen Sie bei Erstantragstellung Ihren **Beruflichen Werdegang** stichwortartig als **Anlage 1** bei.

## D. Struktur der Klinik/Abteilung/vertragsärztlichen Versorgung

### Klinik/Abteilung

Bettenzahl der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie \_\_\_\_\_

davon Erwachsene \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Intensivabteilung Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

IMC Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

Ambulanz  ja  nein \*

### Spezialabteilungen

\_\_\_\_\_ Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

\* Zutreffendes ankreuzen

## E. Personelle Besetzung der fachspezifischen Einrichtung

### 1. Zahl der Ärzte (insgesamt) \_\_\_\_\_

Fachärzte (gesamt VK) \_\_\_\_\_ mit Zusatzbezeichnung Spez. Orthopädische Chirurgie \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistenten (gesamt VK) \_\_\_\_\_

## F. Statistische Angaben (siehe Teil 2)

## G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Teil 2)

## H. Sonstige Einrichtungen der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

### Röntgen

Zentrale Röntgenabteilung  ja  nein \*

Eigene Röntgenabteilung  ja  nein \*

Kooperierende Einrichtung  ja  nein \*

## J. Weiterbildung

Werden für die in der Weiterbildung stehenden Ärzte Fortbildungsveranstaltungen (hausintern, extern, überregional) abgehalten? (ggf. als Anlage beifügen)  ja  nein \*

Art / Bezeichnung der Veranstaltung

Wochenstunden

---



---



---



---



---



---

## K. Weiterbildungsprogramm (siehe Anlage 2)

Zeitliche Strukturierung der Weiterbildung (mindestens 6 Monatsabschnitte) mit Zuordnung der jeweils vermittelbaren Inhalte.

## L. Vertretung (nur bei stationärer Weiterbildung)

Wer vertritt den ermächtigten Arzt im Fall seiner Verhinderung durch Urlaub, Kongresse oder Krankheit im Rahmen der Weiterbildung? (Name, Gebiet, Ort)

---



---

Ist die Absprache mit dem oben genannten Vertreter erfolgt?  ja  nein \*

\* Zutreffendes ankreuzen

**M. Beantragt werden**

Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Spezielle Orthopädische Chirurgie

Bisherige Weiterbildungsermächtigung für \_\_\_\_\_ Monate Spezielle Orthopädische Chirurgie

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

Die Angaben sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die persönliche Weiterbildungsermächtigung vorliegen. Rechtsgrundlage ist die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Thüringens § 5 Abs. 5.

**Gleichzeitig erfolgt die Beantragung der Zulassung als Weiterbildungsstätte**

(§ 6 Weiterbildungsordnung für das Land Thüringen vom 13.08.2020):

**Gemäß § 1 Gebührenordnung der Landesärztekammer Thüringen wird für die Beantragung der Zulassung als Weiterbildungsstätte eine Gebühr fällig.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel

**Haben Sie beigefügt?**

- Beruflicher Werdegang       Weiterbildungsprogramm  
 Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

**Teil 2**

Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (der letzten 12 Monate)

**F. Statistische Angaben**

Fallzahl pro Jahr \_\_\_\_\_

Klinische Konsiliartätigkeit  ja  nein \*

Wo \_\_\_\_\_

Belegbetten  ja  nein \* Zahl \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**Vertragsärztliche Versorgung**

Durchschnittliche Fallzahl pro Quartal \_\_\_\_\_

Zahl der Konsultationen pro Quartal \_\_\_\_\_

Belegbetten  ja  nein \* Zahl \_\_\_\_\_

Wo \_\_\_\_\_

**G. Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz (siehe Anlage 3)**

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling bei.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel



## Anlage 3

## Kognitive und Methodenkompetenz/ Handlungskompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
<b>Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie</b>			
	Komplexe Zusammenhangsgutachten zu orthopädisch-chirurgischen Sachverhalten für Gerichte, Versicherungen, Schlichtungsstellen		
	Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich Differentialdiagnostik und Befundinterpretation apparativer Untersuchungsverfahren im Zusammenhang mit gebietsbezogenen Fragestellungen		
	Verordnung und Überwachung der technischen orthopädischen Versorgung nach komplexen Eingriffen		
<b>Notfälle</b>			
	Diagnostik und Therapie von akuten Lähmungserscheinungen sowie peri- und postoperativen Komplikationen einschließlich Infektionen		
<b>Diagnostische Verfahren</b>			
	Sonographische Untersuchungen der Bewegungsorgane einschließlich Arthrosonographie		
<b>Degenerative Erkrankungen</b>			
Schwere Deformitäten und degenerative Erkrankungen der Bewegungsorgane			
	Erkennung und konservative Behandlung einschließlich schmerztherapeutischer Maßnahmen bei schweren Deformitäten der Bewegungsorgane		
<b>Sportschäden und Sportverletzungen</b>			
	Diagnostik und Therapie komplexer sportorthopädischer Erkrankungen und Verletzungen, Sportschäden und Überlastungsschäden der Bewegungsorgane		
<b>Entzündungen/Infektionen</b>			
Epidemiologische Grundlagen und Hygienemaßnahmen zur Prävention nosokomialer und anderer Infektionen der Bewegungsorgane			

\* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	Diagnostik und Therapie von Knochen-, Gelenk- und Weichteilinfektionen		
<b>Tumorerkrankungen</b>			
	Behandlung von muskuloskelettalen Tumoren und Metastasen, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit		
	Eingriffe bei Knochen- und Weichteiltumoren unter Berücksichtigung der Unterschiede in den verschiedenen Altersstufen		
<b>Operative Eingriffe an der Wirbelsäule</b>			
	Behandlung von komplexen Wirbelsäulenerkrankungen		
Dorsoventrale Eingriffe mit und ohne Fusion			
	Operative Eingriffe bei Bandscheibenvorfall, engem Spinalkanal		
	Eingriffe mit und ohne Fusion sowie Revisionseingriffe an der Wirbelsäule		
<b>Operative Eingriffe am Becken</b>			
Techniken der operativen Behandlung von Erkrankungen im Beckenbereich und Alternativen			
	Erste Assistenz bei großen Beckeneingriffen, z. B. Tumorresektionen, Hemipelvektomien		
	Knöcherne Eingriffe am Becken, z. B. Beckenosteotomien, Acetabuloplastiken, Knochenaufbau bei Pfannenwechseln		
<b>Operative Eingriffe an den oberen Extremitäten</b>			
	Operative Eingriffe an Schulter, Oberarm, Ellbogen, davon		
	- arthroskopische Operationen		
	- offene Eingriffe einschließlich Gelenkersatz		
<b>Operative Eingriffe an den unteren Extremitäten</b>			
	Operative Eingriffe am Hüftgelenk, davon		
	- Weichteileingriffe einschließlich arthroskopische Operationen		

\* Zutreffendes ankreuzen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Kann vermittelt werden*	Zahlen Einrichtung
	- primäre Endoprothesen-Implantation bei Coxarthrose		
	- Endoprothesenwechsel		
	Operative Eingriffe am Oberschenkelknochen, z. B. Korrekturosteotomie		
	Operative Eingriffe am Kniegelenk, davon		
	- Weichteileingriffe einschließlich arthroskopische Operationen		
	- Bandplastiken, Knorpelersatzoperationen, Osteotomien		
	- primäre Endoprothesen-Implantationen bei degenerativen Erkrankungen		
	- Endoprothesenwechsel		
	Operative Eingriffe am Fuß, davon		
	- Sehnenverlängerungen und Sehnenverlagerungen		
	- Korrekturosteomien		
	- Arthrodesen		
	- Korrekturen bei komplexen Deformitäten		
	Amputationen		
<b>Weichteilmanagement bei komplexen Erkrankungen</b>			
Konservative und operative Techniken zur Behandlung von Hautdefekten, Gliedmaßendefekten, Gliedmaßendeformitäten sowie Gefäß- und Nervenläsionen			
	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe im Rahmen orthopädischer Eingriffe		
	Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung von Gefäß- und Nervenläsionen		

Bitte fügen Sie einen entsprechenden Auszug des ICPM-Kataloges und /oder EBM/GOÄ erstellt und mit Unterschrift vom Controlling bei.

\* Zutreffendes ankreuzen