



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

☎ (030) 31003 – 684
☎ (030) 31003 – 50730
✉ QS-Team1@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren

**- für Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der
vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen -**

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V
(Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ-Ärztliche Leitung, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt

Anstellung in einem zugelassenen Krankenhaus oder in einer ermächtigten Einrichtung

Selbstständig privatärztlich tätig in eigener Praxis

Beantragte Leistung (§ 7 Abs. 1 S. 2 Zm-RL und Allgemeine Bestimmung, Abschnitt 4.3.9 EBM)

Zweitmeinungsverfahren für Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
Angehörig der berechtigten Fachgruppe: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Zweitmeinungsverfahren für Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
Angehörig der berechtigten Fachgruppe: Frauenheilkunde und Geburtshilfe

**Bitte beachten Sie die Anlagen 1 und 2 zu diesem Formular. Diese sind hinsichtlich der Eintragung ins
Arztregister des Zulassungsbezirks Berlins und der Ermächtigung beim Zulassungsausschuss
auszufüllen.**

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistungsort

Bei weiteren Leistungsorten fügen Sie bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Adresse

Adresse

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise

- Nachweis der Facharzturkunde in dem für den Eingriff festgelegten Gebiet **und**
- Nachweis über eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit oder eine vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder in Kombination aus ganztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den entsprechenden Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie genannten Gebiet nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung **und**
- Nachweis einer entsprechend von der zuständigen Landesärztekammer anerkannten Zahl an Fortbildungspunkten
und eine der nachfolgenden Voraussetzungen:
 - Nachweis der erteilten Befugnis zur Weiterbildung durch die Landesärztekammer **oder**
 - Nachweis einer akademischen Lehrbefugnis durch die Landesärztekammer



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird durch den Zweitmeiner versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

➤ **Gebot der Unabhängigkeit nach § 27 b Abs. 1 Satz 2 SGB V**

Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

➤ **Finanzielle Beziehungen vgl. § 7 Abs. 6 Zm-RL**

Antragsteller sind verpflichtet, im Rahmen des Nachweisverfahrens zum jeweiligen Eingriff verbindlich zu erklären, ob finanzielle Beziehungen, die aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller vorliegen oder nicht vorliegen.

Es liegen keine vorgenannten finanziellen Beziehungen vor.

Es liegen solche vorgenannten finanziellen Beziehungen vor. Bitte fügen Sie in diesem Fall eine nähere Erläuterung dem Antrag bei.

➤ **Veröffentlichung gemäß § 9 Zm-RL**

Die KV Berlin und die Berliner Krankenhausgesellschaft informieren auf frei zugänglichen, regional oder überregional betriebenen Informationsplattformen über die Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren. Insbesondere werden veröffentlicht der Arztname, die Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer), die Fachgebietsbezeichnung und das Zweitmeinungsthema.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von qualitätsgesicherten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der Zweitmeinungs-Richtlinie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)