

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

Tel.: 030 / 31 003-242
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren - für Vertragsärzte -

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)

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
--	---

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung</p>	<p><input type="checkbox"/> Anstellung</p>										

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- Zweitmeinungsverfahren für Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
Angehörig der berechtigten Fachgruppe: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Zweitmeinungsverfahren für Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
Angehörig der berechtigten Fachgruppe: Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Zweitmeinungsverfahren für Schulterarthroskopien
Angehörig der berechtigten Fachgruppen: Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie SP Unfallchirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Zweitmeinungsverfahren für Implantationen einer Knieendoprothese
Angehörig der berechtigten Fachgruppen: Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie SP Unfallchirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Zweitmeinungsverfahren für Amputationen bei einem diabetischen Fußsyndrom
Angehörig der berechtigten chirurgischen Fachgruppen: Allgemeinchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie SP Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
Angehörig der berechtigten nicht-chirurgischen Fachgruppen: Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe an der Wirbelsäule
Angehörig der berechtigten Fachgruppen: Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie, Chirurgie SP Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Neurologie sowie Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Anästhesiologie, jeweils mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
- Zweitmeinungsverfahren für kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
Angehörig der berechtigten Fachgruppen: Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin SP Kardiologie, Kinder- und Jugendmedizin SP Kinderkardiologie, Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugendkardiologie
- Zweitmeinungsverfahren für Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats
Angehörig der berechtigten Fachgruppen: Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin SP Kardiologie, Herzchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin SP Kinderkardiologie, Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugendkardiologie
- Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe zur Cholezystektomie
Angehörig der berechtigten Fachgruppen: Innere Medizin und Gastroenterologie, Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie



Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigelegt

Adresse

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

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

Fachliche Voraussetzungen gemäß § 7 Zm-RL

- 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
- Eingriffsspezifische Anforderungen für das Zweitmeinungsverfahren zum Eingriff Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom:
- Erklärung, dass eine Behandlung von durchschnittlich 30 Patienten pro Jahr mit einem Diabetischen Fußsyndrom in einem multidisziplinären Setting in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung vorgenommen wurde.
- Schriftliche Vereinbarung zur Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Fachärzten der anderen o.g. Fachrichtungen (d.h. Kooperation nicht-chirurgisch mit chirurgisch), so dass deren Expertise bei Abgabe der Zweitmeinung bei Bedarf genutzt werden kann. Bitte geben Sie den Namen, die Facharztbezeichnung sowie die Adresse der Haupttätigkeit Ihres Kooperationspartners an.

ERKLÄRUNG/ VERPFLICHTUNG

Es wird versichert, dass den rechtlichen 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 des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben 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)