

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 2
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Zweitmeinungsverfahren

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 2

Christina Ranzinger
Tel 069 24741-6687
Fax 069 24741-68833
zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG

_____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ

_____ BSNR _____
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt

_____ BSNR _____
Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung

_____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent

_____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Beantragte Leistungen

- Zweitmeinungsverfahren für Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)**
berechtigte Facharztgruppe: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Zweitmeinungsverfahren für Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)**
berechtigte Facharztgruppe: Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Zweitmeinungsverfahren für Arthroskopische Eingriffe an der Schulter**
*berechtigte Facharztgruppen: Orthopädie und Unfallchirurgie,
Orthopädie,
Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie,
Physikalische und Rehabilitative Medizin*
- Zweitmeinungsverfahren für Implantationen von Knieendoprothesen**
*berechtigte Facharztgruppen: Orthopädie und Unfallchirurgie,
Orthopädie,
Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie,
Physikalische und Rehabilitative Medizin*

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

Gemäß § 7 Abs. 2 der Zm-RL erfülle ich die nachfolgend aufgeführten fachlichen Voraussetzungen:

- die Anerkennung einer Facharztbezeichnung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie festgelegten Gebiet
- und**
- eine mindestens fünfjährige ganztägige Tätigkeit, vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder in Kombination aus ganztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie genannten Gebiet nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung.

Gemäß § 7 Abs. 3 der Zm-RL erfülle ich die nachfolgend aufgeführten weiteren fachlichen Voraussetzungen:

- die jeweils geltende Fortbildungsverpflichtung nach § 95d oder § 136b Absatz 1 Nummer 1 SGB V habe ich erfüllt oder im Falle des § 27 Absatz 3 Nummer 5 SGB V eine entsprechende von der zuständigen Landesärztekammer anerkannte Zahl an Fortbildungspunkten habe ich erworben
- und** eine der nachfolgenden Voraussetzungen ist erfüllt:
- eine durch die zuständige Landesärztekammer erteilte Befugnis zur Weiterbildung wurde erteilt
- oder**
- eine akademische Lehrbefugnis wurde verliehen

Dem Antrag sind alle entsprechenden Nachweise beizulegen.

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung grundsätzlich nicht gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

- Entsprechende Nachweise **sind beigefügt**.
- Entsprechende Nachweise **werden nachgereicht**.
- Entsprechende Nachweise **liegen bereits vor** (z.B. im Arztregister).

Erklärungen

Erklärung gemäß § 7 Abs. 5 der Zm-RL:

(5) Antragsteller nach Absatz 1 erhalten keine Genehmigung zur Abrechnung, wenn deren Tätigkeit mit dem Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Absatz 1 Satz 2 SGB V („Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt wird“) unvereinbar ist.

- Ich erkläre, dass ich die Anforderungen des § 7 Abs. 5 Zm-RL unter Bezug auf § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V zur Kenntnis genommen habe und dass ich Patienten, bei denen ich eine Zweitmeinungsberatung durchführe, nicht selber operiere.

Erklärung gemäß § 7 Abs. 6 der Zm-RL:

(6) Antragsteller nach Absatz 1 sind verpflichtet, im Rahmen des Nachweisverfahrens nach Absatz 1 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.

- Mit dieser Erklärung weise ich verbindlich nach, dass „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 (bitte Nachweise beifügen)
 - nicht vorliegen

Einverständniserklärung

- Ich erkläre mein Einverständnis, dass bei erteilter Genehmigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren folgende Daten gemäß den Anforderungen des § 9 Zm-RL veröffentlicht werden müssen:
 - a. Arztname und Kontaktdaten
 - b. Fachgebietsbezeichnung
 - c. Zweitmeinungsthema

Verpflichtungen

- Die weiteren Anforderungen und Verpflichtungen werden erfüllt:

Ich habe die in der Zm-RL genannten Aufgaben des Zweitmeiners gemäß §§ 3.2 und 8 zur Kenntnis genommen.

Hinweise

- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben sowie Änderungen des

Zulassungs- bzw. Ermächtigungsstatus unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes bzw.
Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/
Klinik/ Krankenhaus)**

.....
Stempel

Stand: 18.02.2021