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

Zweitmeinungsverfahren

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung 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

J. Christiane Himmelmann
Tel 069 24741-6667
Dagmar Freund
Tel 069 24741-6660

Fax 069 24741-68833
zweitmeinungsverfahren@kvhessen.de

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

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

☎ _____ 🖷 _____ 💻 _____

Geburtsdatum _____ Datum der Approbation _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit

für folgende **Fachrichtung** _____

Vertragliche Tätigkeit **beantragt** am _____ Aufnahme der Tätigkeit **geplant** zum _____

Tätigkeit **aufgenommen** am _____

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

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 Tätigkeit[1]:

☐ Vertragsarzt in ☐ Einzelpraxis ☐ 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 Tätigkeit[2]:

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 vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu stellen.

[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.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

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 Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom**

berechtigte Facharztgruppen:
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Gefäßchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Allgemeinchirurgie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

☐ **Zweitmeinungsverfahren für Implantationen von Knieendoprothesen**

berechtigte Facharztgruppen:
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

☐ **Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe an der Wirbelsäule**

für die Eingriffe: Osteosynthesen (dynamische Stabilisierungen) an der Wirbelsäule, Spondylodesen, knöcherne Dekompressionen, Facettenoperationen (Facettendenervation, -thermokoagulation, -kryodenervation), Verfahren zur Einbringung von Material in einen Wirbelkörper (mit oder ohne vorherige Wirbelkörperaufrichtung), Exzisionen von Bandscheibengewebe, Implantationen von Bandscheibenprothesen

berechtigte Facharztgruppen:
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

Neurochirurgie

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Neurologie

Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

☐ **Zweitmeinungsverfahren für kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen**

berechtigte Facharztgruppen:

Innere Medizin und Kardiologie

Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie

Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

☐ **Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats**

berechtigte Facharztgruppen:

Innere Medizin und Kardiologie

Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

Herzchirurgie

Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie

Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie

☐ **Zweitmeinungsverfahren für geplante Eingriffe zur Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)**

berechtigte Facharztgruppen:

Innere Medizin und Gastroenterologie

Allgemeinchirurgie

Viszeralchirurgie

Kinder- und Jugendchirurgie

Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

☐ **Zweitmeinungsverfahren zu geplanten Eingriffen zum Hüftgelenkoperationen**

berechtigte Facharztgruppen:

Orthopädie und Unfallchirurgie

Orthopädie

Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

Physikalische und Rehabilitative Medizin

☐ **Zweitmeinungsverfahren zu geplanten Eingriffen an Aortenaneurysmen**

berechtigte Facharztgruppen:
- Gefäßchirurgie
- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Radiologie (interventionelle Radiologie)

☐ **Zweitmeinungsverfahren für geplante Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom**

berechtigte Facharztgruppen:
- Urologie
- Strahlentherapie

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

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

☐ Die Anerkennung einer Facharztbezeichnung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil der Richtlinie festgelegten Gebiet **(ggf. Nachweis beifügen)**

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 **(ggf. Nachweis beifügen)**.

Gemäß § 7 Abs. 3 der Zm-RL erfülle ich die folgenden 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 **(bitte Nachweis beifügen)**

und eine der nachfolgenden Voraussetzungen ist erfüllt:

☐ eine durch die zuständige Landesärztekammer erteilte Befugnis zur Weiterbildung wurde erteilt **(bitte Nachweis beifügen)**

oder

☐ eine akademische Lehrbefugnis wurde verliehen **(bitte Nachweis beifügen)**

Gemäß § 5 Abs. 1 i.V.m. Besonderer Teil Eingriff 4: Amputation beim diabetischen Fußsyndrom § 2 Abs. 3 der Zm-RL erfülle ich die folgenden aufgeführten Voraussetzungen:

☐ für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms bin ich besonders qualifiziert (z.B. Genehmigung DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 mit Fußambulanz oder Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (GOP 02311) [1)]

Und

☐ ich bestätige, dass eine schriftliche Vereinbarung zur Kooperation gemäß Satz 1 Buchstabe b mit einer anderen Fachrichtung [2)] vorliegt, so dass deren Expertise bei Abgabe einer Zweitmeinung bei Bedarf genutzt werden kann. Die Kooperation erfolgt mit folgender Einrichtung/ folgendem Facharzt/ folgenden Fachärzten:

_____

_____

Name, Facharztbezeichnung, BSNR

[1)] Als im Sinne der Richtlinie besonders qualifiziert gemäß Satz 1 Buchstabe a gelten Fachärzte, die in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom in einem multidisziplinären Setting behandelt haben. Ein entsprechender Nachweis ist bei Antragstellung beizufügen. Fachärzte, die bereits eine Genehmigung für DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 mit Fußambulanz oder eine Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (GOP 02311) besitzen, müssen keinen gesonderten Nachweis einreichen.

[2)] Fachärzte der Fachgruppen Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie haben eine Kooperation mit Fachärzten der Fachgruppen Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie/ Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie zu erklären.
Fachärzte der Fachgruppen Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie/ Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie haben eine Kooperation mit Fachärzten der Fachgruppen Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie zu erklären.

Dem Antrag sind alle entsprechenden Nachweise beizufügen.

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

- 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.

- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

……..	……	……
Datum	Unterschrift des Antragsstellers	ggf. Praxisstempel

<u>Gilt nur für angestellte Ärzte:</u>

……..	……	……
Datum	**Unterschrift des <u>anstellenden</u> Arztes** **bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ** **(Institut/ Klinik/ Krankenhaus)**	Stempel

Stand: 31.03.2025