Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel/Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname | Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt ☐ Angestellter Arzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab

Ansprechpartner für Rückfragen:

Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. _____ ☐
2. _____ ☐
3. _____ ☐
4. _____ ☐

Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

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

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Tätig außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung:

☐ **Angestellt** in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer ermächtigten Einrichtung

☐ **Selbständig privatärztlich tätig** in eigener Praxis

Zusätzlich zur Abrechnungsgenehmigung haben folgende Ärzte für das Zweitmeinungsverfahren eine **persönliche Ermächtigung beim Zulassungausschuss zu beantragen**:

☐ Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
☐ Ärzte, die über keine Ermächtigung für spezielle Leistungen verfügen

Fachliche Qualifikation

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

☐ Ich bestätige, dass ich im Rahmen meines Fachgebiets eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit oder im Umfang entsprechende Teilzeittätigkeit im Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung absolviert habe.

Nachweis über Weiterbildung- bzw. Lehrbefugnis

☐ Ich bin durch die Ärztekammer zur Weiterbildung im Bereich befugt:

oder

☐ ich verfüge, über eine akademische Lehrbefugnis im Bereich

Die entsprechenden Nachweise (Weiterbildung- bzw. Lehrbefugnis und Fortbildungen) müssen zusammen vorliegen und sind dem Antrag beizufügen.

Nachweis über Fortbildungen

☐ Ich erfülle die Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V (250 Punkte innerhalb des 5-Jahres-Zeitraums)

oder

☐ ich bestätige, dass ich eine entsprechende Anzahl an Fortbildungspunkten bei der Ärztekammer erworben habe (Punktekontoauszug der Ärztekammer beilegen)
(Gilt für Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen bzw. an zugelassenen Krankenhäusern tätige Ärzte und ermächtigte Ärzte)

Beantragung der Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren für folgende Indikationen

Ich bin Facharzt für:

1. Indikation: Tonsillektomie, Tonsillotomien*

☐ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

2. Indikation: Hysterektomie*

☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Hinweis: *=Ausnahmen sind maligne Erkrankungen, diese sind von Zweitmeinungsverfahren ausdrücklich ausgenommen.

3. Indikation: Schulterarthroskopie

☐ Orthopädie und Unfallchirurgie
☐ Physikalische und Rehabilitative Medizin
☐ Orthopädie
☐ Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

4. Indikation: Amputation beim diabetischen Fusssyndrom (siehe Seite 6)

4.1 Nicht operativ

- ☐ Innere Medizin und Angiologie
- ☐ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- ☐ Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- ☐ Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie

4.2 Operativ

- ☐ Gefäßchirurgie
- ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie
- ☐ Orthopädie
- ☐ Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- ☐ Allgemeinchirurgie
- ☐ Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

5. Indikation: Implantation einer Knieendoprothese

- ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie
- ☐ Physikalische und Rehabilitative Medizin
- ☐ Orthopädie
- ☐ Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

6. Indikation: Eingriffe an der Wirbelsäule

- ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie
- ☐ Orthopädie
- ☐ Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Physikalische und Rehabilitative Medizin
- ☐ Neurologie
- ☐ Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Anästhesiologie jeweils mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“.

7. Indikation: Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen

- ☐ Innere Medizin und Kardiologie
- ☐ Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie

8. Indikation: Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators

- ☐ Innere Medizin und Kardiologie
- ☐ Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- ☐ Herzchirurgie
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie

9. Indikation: Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie)

- ☐ Innere Medizin und Gastroenterologie
- ☐ Allgemeinchirurgie
- ☐ Viszeralchirurgie
- ☐ Kinder- und Jugendchirurgie
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie

10. Indikation: Hüftgelenkersatz

- ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie
- ☐ Orthopädie
- ☐ Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- ☐ Physikalische und Rehabilitative Medizin

11. Indikation: Eingriffe an Aortenaneurysmen

- ☐ Gefäßchirurgie
- ☐ Herzchirurgie
- ☐ Innere Medizin und Angiologie
- ☐ Innere Medizin und Kardiologie
- ☐ Radiologen mit Expertise in endovaskulären Verfahren (interventionelle Radiologie), Nachweis über die Durchführung von mind. 100 endovaskulären Interventionen und mind. 20 einschlägige theoretische Fortbildungseinheiten im Umfang von je 45 Minuten*

12. Indikation: Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom

- ☐ Urologie
- ☐ Strahlentherapie

13. Indikation: Eingriffe zur Karotis-Revaskularisation bei Karotis-Stenosen

- ☐ Neurologie
- ☐ Gefäßchirurgie
- ☐ Innere Medizin und Angiologie
- ☐ Innere Medizin und Kardiologie
- ☐ Radiologen mit Expertise in endovaskulären Verfahren (interventionelle Radiologie), Nachweis über die Durchführung von mind. 100 endovaskulären Interventionen darunter mindestens 10 an supraaortalen extrakraniellen Gefäßen und mind. 30 einschlägige theoretische Fortbildungseinheiten im Umfang von je 45 Minuten*
- ☐ Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie oder Neurochirurgie

*Die entsprechenden Nachweise müssen zusammen vorliegen und sind dem Antrag beizufügen.

zusätzliche Qualifikationsnachweise - Indikation 4

☐ **Besondere Qualifikationen* für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms** sind nachzuweisen durch die **Behandlung von pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom** in einem multidisziplinären Setting **in den letzten 5 Jahren** vor Antragstellung.

und

☐ Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung* mit einem oder mehreren Fachärzten der jeweils anderen unter 4.1 bzw. 4.2 genannten Fachrichtungen** liegt vor,
so dass dessen/deren Expertise bei Abgabe einer Zweitmeinung bei Bedarf mitgenutzt werden kann.

Die Kooperation erfolgt mit folgendem/n Facharzt/Fachärzten (Einverständnis zur Datenübermittlung liegt vor):

Angaben: Name, Facharztbezeichnung, Adresse der Haupttätigkeit: Straße, Haus-Nr.,PLZ, Ort
Ggf. seperates Beiblatt verwenden

Hinweis: Sollten im Rahmen der Zweitmeinung zur weiteren Diagnostik genehmigungspflichtige Leistungen in Ansatz gebracht werden, müssen diese zuvor bei der KV Hamburg beantragt und genehmigt werden.

Anforderungen an die Zweitmeiner

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

Zustimmung Datenweitergabe

Ich stimme zu, dass meine Kontaktdaten auf der KV Hamburg Homepage und auf der Homepage der Landeskrankenhausgesellschaft veröffentlicht werden.

Darlegung von Interessenskonflikten

Ich versichere, dass im Zusammenhang meiner Tätigkeit als Arzt für Zweitmeinungsverfahren **keine materiellen/nicht materielle Verbindungen zu Dritten im Sinne eines möglichen Interessenskonflikts**** bestehen.

(**= Interessenkonflikte bestehen beispielsweise bei finanziellen Beziehungen aus Anstellungs- oder Beratungsverhält-nissen oder dem Erhalt von Drittmitteln. Materielle Interessenskonflikte sind finanzielle Verbindungen zu Unternehmen/ Herstellern von Medizinprodukten beispielsweise durch Aktienbesitz oder Geschäftsanteilen.)

Rechtlicher Hintergrund

Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b (2) SGB V und § 92 (1) Satz 2 Nummer 13 SGB V

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigu

  Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
  IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
  BIC: DAAEDEDDXXX
  Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Hompage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie,

- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen,
- ➔ dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- ➔ dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- ➔ dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum	**Name in Druckbuchstaben**	**Unterschrift Antragsteller**

Datum	**Name in Druckbuchstaben**	**Unterschrift Angestellter**

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners
Unterschrift des BAG-Partners	Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel