

Arztstempel

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

--

Aufnahme der Tätigkeit ab

--

Ansprechpartner für Rückfragen:

_____ Name, Telefonnummer, E-Mail

Tätig in der vertragsärztlichen Versorgung:

- Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

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 Zulassungsausschuss zu beantragen**:

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

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte**:

1. _____
Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

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

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.

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 mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

4. Indikation: Amputation beim diabetischen Fussyndrom

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 mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- 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“.

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.

Qualifikationsnachweise - Indikationen 1-6

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

Voraussetzungen:

Nachweis über Weiterbildung- bzw. Lehrbefugnis

- Ich bin durch die Ärztekammer zur Weiterbildung im Bereich befugt _____
oder
 - ich verfüge, über eine akademische Lehrbefugnis im Bereich _____
-

und

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)

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. separates Beiblatt verwenden

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 Beratungsverhältnissen 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 Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren 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 Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

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 Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenene Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- 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

Unterschrift Antragsteller

Datum

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 Unterschriftenbevollmächtigten. 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