

Praxisstempel

## Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren

### Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

### Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

  

### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

**Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_ als:**

Vertragsarzt

Angestellter Arzt

Ermächtigter Arzt

Institutsermächtigung

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

.....  
.....

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 bin Fachärztin/Facharzt für

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** (Indikation: Tonsillektomie, Tonsillotomien\*)  
 **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** (Indikation: Hysterektomie\*)

\*= Ausnahmen sind maligne Erkrankungen, diese sind von Zweitmeinungsverfahren ausdrücklich ausgenommen)

- Orthopädie und Unfallchirurgie** (Indikation: Schulterarthroskopie)  
 **Physikalische und Rehabilitative Medizin** (Indikation: Schulterarthroskopie)  
 **Orthopädie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie** (Indikation: Schulterarthroskopie)  
(Ärzte nach älterem Weiterbildungsrecht)  
 **Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie** (Indikation: Schulterarthroskopie)  
(Ärzte nach älterem Weiterbildungsrecht)

- 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.

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

## Qualifikationsnachweise

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)

## 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 das 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.

## 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 aktuellen 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 Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEEDDDXXX  
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

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

## Rechtlicher Hintergrund

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

(\*\*= Interessenskonflikte 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.)

## 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 im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. 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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

---

Ort/Datum

---

Unterschrift **Antragsteller**

---

Name in Druckbuchstaben

**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/der 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

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel