

Zweitmeinungsverfahren

gemäß § 27b Absatz 2 SGB V nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an o.g. E-Mail oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Hauptwohnsitz (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- ☐ Einzelpraxis
☐ Berufsausübungsgemeinschaft
☐ Ermächtigter Krankenhausarzt
☐ Angestellter Arzt
☐ Krankenhausarzt
☐ sonstiger Arzt

Bitte die Approbation durch Original oder amtlich beglaubigte Kopie nachweisen, sofern keine Arztregistereintragung bei der KV Bremen vorliegt.

Datenschutz: Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung erhoben und verarbeitet. Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO für die Aufgabenerfüllung der KV Bremen erforderlich und erfolgt damit rechtmäßig. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link www.kvhb.de/datenschutz

II. Leistungsinhalt

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Zweitmeinungsleistungen (gem. § 7 Abs. 1 Satz 2 Zm-RL und Allgemeine Bestimmungen, Abschnitt 4.3.9. EBM)

Ich bin Facharzt für:

1. Indikation: Tonsillektomie, Tonsillotomien*

☐ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

2. Indikation: Hysterektomie (Gebärmutterentfernung)*

☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe

*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 (HINWEIS: weitere Nachweise siehe Seite 4)

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 Jugendgastroenterologie

10. Indikation: Hüftgelenkersatz

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

11. Indikation: Eingriffe an Aortenaneurysmen

- ☐ Gefäßchirurgie o Herzchirurgie o 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 sind dem Antrag beizufügen.

III.1 Fachliche Befähigung (nach § 7 Abs. 2 Zm-RL)

Ich erfülle folgende fachlichen Voraussetzungen:

☐ die Anerkennung einer Facharztbezeichnung in dem für den jeweiligen Eingriff festgelegten Gebiet
und

☐ habe eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit (oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder Kombination aus beidem) in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den entsprechenden Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie genannten Gebiet nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung absolviert.

III.2 Fachliche Befähigung (nach § 7 Abs. 3 Zm-RL)

Ich erfülle folgende fachlichen Voraussetzungen:

☐ Die für mich zutreffende geltende Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V oder § 136b Absatz 1 Nummer 1 SGB V ist erfüllt oder im Falle des § 27 Absatz 3 Nummer 5 SGB V habe ich eine entsprechende durch die zuständige Ärztekammer anerkannte Zahl an Fortbildungspunkten erworben
und

☐ habe die entsprechende Befugnis zur Weiterbildung durch die zuständige Ärztekammer
oder

☐ mir wurde die entsprechende akademische Lehrbefugnis verliehen.

Bitte fügen Sie die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen bei, sofern diese der KV Bremen noch nicht vorliegen.

III.3 Weitere Nachweise zu Amputation beim diabetischen Fußsyndrom

☐ Als besonders qualifiziert für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms gelten Fachärztinnen und Fachärzte, die in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom in einem multidisziplinären Setting behandelt haben

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.

Kooperation erfolgt mit:

Name, Vorname, ggf. Titel	
Ort, Datum	
Unterschrift	

IV. Verpflichtungen/Erklärungen (§ 7 Abs. 5, 6 Zm-RL)

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

(6) Antragssteller 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.

☐ 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 durchgeführt habe, nicht selber operiere.

☐ 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.

V. 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**.

Zum Zwecke der differenzierten Kontaktaufnahme haben Sie Ihr Einverständnis erklärt. Folgende Informationen werden in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Abs. 2 SGB V veröffentlicht:

a) **Arztname und Kontaktdaten**

b) **Fachgebietsbezeichnung**

c) **Genehmigungsumfang**

VI. Erklärung

- Ich habe die in der Zm-RL genannten Aufgabe des Zweitmeiners gemäß §§ 3 Abs. 2 und 8 zur Kenntnis genommen
- Änderungen hinsichtlich der Genehmigung zur Durchführung Abrechnung von Zweitmeinungsleistungen sowie Änderungen des Zulassungs- bzw. Ermächtigungsstatus sind dem Team Antragverfahren mitzuteilen.
- Für die Abrechnung von qualitätsgesicherten medizinisch notwendigen Untersuchungsleistungen gem. der Allgemeinen Bestimmungen, Abschnitt 4.3.9 des EBM ist ggf. ein gesonderter Antrag bei der KV Bremen zu stellen.
- 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 (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. MVZ-Leiters/bei angestellten Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft Unterschrift aller Mitglieder) **Stempel**