

Zulassungsausschuss Ärzte/Krankenkassen

Geschäftsstelle, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen

Antrag auf Ermächtigung zur Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren

gem. § 7 Abs. 1 Satz 3 Zweitmeinungs-Richtlinie

Hinweise:

Bitte beachten Sie, dass der Zulassungsausschuss **keine rückwirkenden Ermächtigungen** erteilen kann. **Ermächtigungen dürfen nur mit Wirkung für die Zukunft erteilt werden.** Daher beantragen Sie bitte die Ermächtigung rechtzeitig und vollständig – **mindestens 6 Wochen** vor dem jeweiligen Sitzungstermin. Die Ausführung und Abrechnung der Leistungen ist erst **nach** Erteilung der entsprechenden Genehmigungen durch die KVHB und **nach** Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss zulässig.

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gemäß § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 18 Ärzte-ZV benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, ist die Ermächtigung zurückzunehmen; sie ist zu widerrufen, wenn nachträglich durch einen in der Person liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird.

Gebühren:

Mit der Antragsstellung wird eine Gebühr von € 120.--fällig (§ 46 Abs. 1 Buchst. c Ärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Entrichtung der Gebühr verhandelt werden kann und bei eventuellen Zurückziehen des Antrages keine Rückerstattung erfolgt. Spätestens 14 Tage nach Antrags Eingang muss die Antragsgebühr entrichtet und mit einem Zahlungsnachweis dokumentiert sein, sonst gilt der Antrag als zurückgenommen (§ 38 Ärzte-ZV). (Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE05 3006 0601 0002 2246 66- Verwendungszweck: „Ermächtigung Zweitmeinung“)

Nach der Genehmigung werden noch zusätzlich Verwaltungsgebühren in Höhe von € 400.-- fällig (§ 46 Abs. 2b Ärzte-ZV).

Ich habe die Antragsgebühr von 120 Euro am _____ überwiesen.
Der Überweisungsbeleg mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck ist zwingend beizufügen!

Personalien Antragsteller/-in:

Titel, Name, Vorname	
Geburtsdatum/-ort	

Privatadresse:

Straße, PLZ und Ort	
E-Mail	
Telefon privat/ tagsüber erreichbar	

Ich **beantrage**, mit Erhalt der Genehmigung zur Durchführung der Abrechnung für Zweitmeinungsleistungen durch die KVHB für die Dauer der Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren nach § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m. § 5 Abs. 2 BMV-Ä, ab dem _____ ermächtigt zu werden. Der Antrag gilt für den Tätigkeitsort

Straße, PLZ und Ort	
---------------------	--

Im Rahmen der Ermächtigung können die Grundpauschalen abgerechnet werden:

HNO:

09210 Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

09211 Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

09212 Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

Gynäkologie:

08210 Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

08211 Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

08212 Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

Hinweis: Wenn Sie darüber hinausgehende Leistungen beantragen wollen, legen Sie diesem Ermächtigungsantrag bitte ein formloses Schreiben unter Angabe der weiteren Leistungen (mit GOP-Nummern) und der Begründung für diese Leistungen bei.

Erklärungen zur Antragstellung:

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin und dies nicht innerhalb der letzten fünf Jahre war. Ferner erkläre ich, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe meiner Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

§ 21 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte:

Ungeeignet für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ist ein Arzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragsärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war.

Ich erkläre hiermit, dass ich die im Ermächtigungsbeschluss festgelegte vertragsärztliche Tätigkeit **persönlich ausüben** werde und mir bekannt ist, dass die beantragte Ermächtigung ausschließlich an meine Person gebunden ist.

Entsprechend § 95 Abs. 4 SGB V habe ich für die Dauer der Ermächtigung die Rechte und Pflichten eines Vertragsarztes. Hierzu gehört unter anderem die Verpflichtung zur **höchstpersönlichen Leistungserbringung** (§32 a Ärzte-ZV); ein Verstoß kann **disziplinar- und strafrechtliche Maßnahmen** nach sich ziehen.

Datenschutzerklärung:

Ich habe die Datenschutzerklärung der KV Bremen gelesen und bin damit einverstanden.

Ich versichere, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Datenschutz:

Der Antrag auf Ermächtigung wird von der KVHB (Abteilung Qualitätssicherung) an den Zulassungsausschuss weitergeleitet. Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) 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.

Checkliste (von der Geschäftsstelle auszufüllen):

- Genehmigung durch die Abteilung Qualitätssicherung
- Gebühr über Euro 120,--
- Überweisungsbeleg (mit Namen des Antragstellers und Verwendungszweck)