

E-Mail	genehmigung@kvhb.de
Fax	0421/3404-347

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 Fax-Nummer 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 HNO

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)

Zweitmeinungsverfahren für Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)

- Nur für HNO-Ärzte

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

Ich erfülle folgende fachlichen Voraussetzungen:

Ich bin Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

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.

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, das ich die Anforderungen des § 7 Abs. 5 Zm-RL unter Bezug auf § 27 Abs. 1 S. 2 SGB V zur Kenntnis genommen habe und das 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 der Anforderungen des § 9 Zm-RL **veröffentlicht werden müssen**:

- Arztname und Kontaktdaten
- Fachgebietsbezeichnung
- Zweitmeinungsthema.

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.

Ausführender Arzt

Name, Vorname, ggf. Titel	
Ort, Datum	
Unterschrift	

Vertragsarzt bzw. der abrechnende Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut, Krankenhaus)

Name, Vorname, ggf. Titel	
Ort, Datum	
Unterschrift	