

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung einer genehmigungspflichtigen Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V (Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL)**

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>	
<p><b>Leistungen</b></p>	<input type="checkbox"/>	<p>88200A Zweitmeinungsverfahren - <b>Mandelooperation</b> <u>Fachrichtung:</u> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</p>
	<input type="checkbox"/>	<p>88200B Zweitmeinungsverfahren - <b>Gebärmutterentfernung</b> <u>Fachrichtung:</u> Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p>
	<input type="checkbox"/>	<p>88200C Zweitmeinungsverfahren – <b>Schulterarthroskopie</b> <u>Fachrichtung:</u> Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Orthopädie (nach altem Weiterbildungsrecht), Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie (nach altem Weiterbildungsrecht)</p>
	<input type="checkbox"/>	<p>88200D Zweitmeinungsverfahren – <b>Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom</b> <u>Fachrichtung:</u> Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie, Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädie (nach altem Weiterbildungsrecht), Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie (nach altem Weiterbildungsrecht), Allgemein Chirurgie, Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie</p>
	<input type="checkbox"/>	<p>88200E Zweitmeinungsverfahren - <b>Implantationen einer Knieendoprothese</b> <u>Fachrichtung:</u> Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Orthopädie (nach altem Weiterbildungsrecht), Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie (nach altem Weiterbildungsrecht)</p>

<b>Leistungen</b>	<input type="checkbox"/>	88200F	<b>Zweitmeinungsverfahren - Eingriffe an der Wirbelsäule</b> <u>Hierzu zählen:</u> Dynamische und statische Stabilisierung (Osteosynthese und Spondylodese), knöcherner Druckentlastung (Dekompression), Facettenoperationen, Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper, Entfernung von Bandscheibengewebe (Exzision) sowie das Einsetzen einer künstlichen Bandscheibe (Bandscheibenendoprothese) <u>Fachrichtung:</u> 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“)						
	<input type="checkbox"/>	88200G	<b>Zweitmeinungsverfahren – Eingriffe am Herzen</b> <u>Hierzu zählen:</u> Elektrophysiologische Herzkatheteruntersuchung, Verödung von Herzgewebe (Ablation) <u>Fachrichtung:</u> Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, Pädiater mit Schwerpunkt Kinderkardiologie oder Kinder- und Jugendkardiologie						
	<input type="checkbox"/>	88200H	<b>Zweitmeinungsverfahren – Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats</b> <u>Hierzu zählen:</u> Herzschrittmacher oder Defibrillator (Herzschrittmacher, ICD-, CRT-P- und CRT-D-Aggregate) <u>Fachrichtung:</u> Innere Medizin und Kardiologie, Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie, Herzchirurgie, Pädiater mit Schwerpunkt Kinderkardiologie oder Kinder- und Jugendkardiologie						
<b>Betriebsstätten</b>	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 150px; height: 20px;"></td><td style="width: 150px; height: 20px;"></td><td style="width: 150px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 150px; height: 20px;"></td><td style="width: 150px; height: 20px;"></td><td style="width: 150px; height: 20px;"></td></tr></table>								
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<b>1. Tätigkeitsdauer</b>		ja	nein					
	Mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit (oder eine vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder eine Kombination aus ganztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit) in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem o. g. Gebiet nach Anerkennung der Facharztbezeichnung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<b>2. Zusammenarbeit mit Fachärzten (Eingriff 4, § 2 Abs. 3) – betrifft ausschließlich Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom</b>								
▪ Nachweis über die Behandlung von durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom pro Jahr in einem multidisziplinären Setting in den letzten fünf Jahren <b>-bitte beifügen-</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
▪ Hiermit erkläre ich, dass eine Vereinbarung zur Kooperation mit einem Arzt aus einer im „Besonderen Teil“ der Zm-RL genannten Fachgruppe vorliegt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<b>3. Fortbildungspflicht</b>									
Für vertragsärztlich tätige Ärzte und Einrichtungen									
▪ Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V oder § 136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist erfüllt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<b>oder</b>									

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	Für bislang <u>nicht</u> vertragsärztlich tätige Ärzte	ja	nein
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anerkannte Zahl an Fortbildungspunkten von der zuständigen Landesärztekammer wurde erworben <b>-bitte beifügen-</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>4. Befugnis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Befugnis zur Weiterbildung im oben genannten Gebiet wurde durch die Landesärztekammer erteilt <b>-bitte beifügen-</b></li> </ul> <b>oder</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akademische Lehrbefugnis (Urkunde venia legendi) wurde verliehen <b>-bitte beifügen-</b></li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>5. Unabhängigkeitsgebot</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ich versichere, das Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V einzuhalten.</li> <li>Antragsteller sind verpflichtet, 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 Interessensverband solcher Hersteller vorliegen oder nicht.</li> </ul> <p>Ich erkläre hiermit, dass keine der genannten finanziellen Beziehungen vorliegen.</p> <p>Es liegen finanzielle Beziehungen o. g. Art vor (bitte auf gesondertem Blatt erläutern). <b>-bitte beifügen-</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>Arbeitszeugnisse</li> </ul>		<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	<p>Ich bestätige, die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) zur Kenntnis genommen zu haben.</p> <p>Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit der Veröffentlichung meines Namens, meiner Praxisanschrift und Telefonnummer zum Zwecke der Patientenzuweisung auf der Internetseite der KVSH einverstanden bin. Gemäß § 9 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren informiert die Kassenärztliche Vereinigung in Abstimmung mit der Landeskrankenhausesellschaft auf regionalen Informationsplattformen über die nach der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren befugten Ärzte.</p>		<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

---

Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

---

Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

---

Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt