Abteilung Qualitätssicherung
Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg
Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Antrag auf Genehmigung:
Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren/Zm-RL)

Name, Vorname: _____
(Name des Arztes[1], der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____ **oder** Eintragungsnummer der KVSH: _____
(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung *– damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“*

☐ Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.

☐ Die ausführende Person hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht. Entsprechende Unterlagen dürfen bei der vorgenannten KV angefordert werden.

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

☐ alle mir erteilten Betriebsstätten

Eingriffe

☐ Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
☐ Arthroskopische Eingriffe an der Schulter
☐ Implantationen einer Knieendoprothese
☐ Kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
☐ Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien)
☐ Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
☐ Eingriffe an der Wirbelsäule
☐ Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats

[1] Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

☐ Cholezystektomie

☐ Eingriffe an Aortenaneurysmen

☐ Hüftgelenkersatz

☐ Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom

Fachliche Voraussetzungen -bitte beifügen-

- 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 für den jeweiligen Eingriff im „Besonderen Teil" der Richtlinie genannten Gebiet nach Anerkennung der Facharztbezeichnung

- Für vertragsärztlich tätige Ärzte und Einrichtungen: Die Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V ist erfüllt.

  oder

- Für bislang nicht vertragsärztlich tätige Ärzte: Die notwendige Anzahl an Fortbildungspunkten ist von der zuständigen Landesärztekammer anerkannt.

- Befugnis zur Weiterbildung im oben genannten Gebiet wurde durch die Landesärztekammer erteilt

  oder

- Akademische Lehrbefugnis (Urkunde venia legendi) wurde verliehen

- **Betrifft ausschließlich Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom**

  Nachweis über die Behandlung von durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom pro Jahr in einem multidisziplinären Setting in den letzten fünf Jahren.

  Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass eine Vereinbarung zur Kooperation mit einem Arzt aus einer im „Besonderen Teil" der Zm-RL genannten Fachgruppe vorliegt.

- **Betrifft ausschließlich Radiologen mit Expertise in endovaskulären Verfahren (interventionelle Radiologie) bei Eingriffen an Aortenaneurysmen**

  Durchführung von mindestens 100 endovaskuläre Interventionen **und** mindestens 20 einschlägige theoretische Fortbildungseinheiten im Umfang von je 45 Minuten

Erklärung

- 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.

  ☐ Ich erkläre hiermit, dass keine der genannten finanziellen Beziehungen vorliegen.

  oder

  ☐ Es liegen finanzielle Beziehungen oben genannter Art vor -bitte auf gesondertem Blatt erläutern und beifügen-

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass

- das Gebot der Unabhängigkeit eingehalten wird (§ 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- mein Name, meine Praxisanschrift und Telefonnummer zum Zwecke der Patientenzuweisung auf der Internetseite der KVSH veröffentlicht wird (§ 9).

Unterschrift(en)

Datum	ggf. Praxisstempel	Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person