

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Freiburg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Absender/Stempel

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens zum Eingriff Tonsillotomie/Tonsillektomie bzw. Hysterektomie nach der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragstellung oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:
<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Zweitmeinungsverfahren zur Indikationsstellung für Eingriffe an den Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie auch mit zusätzlicher Adenotomie) als vollständige Resektion (Tonsillektomie) oder Teilentfernung (Tonsillotomie)
- Zweitmeinungsverfahren zur Indikationsstellung für Uterusexstirpationen, die als totale oder subtotale Hysterektomie durchgeführt werden

Anforderungen an den Zweitmeiner nach §7:

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Hals-Nasen- Ohrenheilkunde“

oder

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“

und

- Mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder kombinierte ganztägige Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung im jeweiligen Fachgebiet

und

Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschl. Therapiealternativen, die für den jeweiligen Eingriff maßgeblich sind, nachgewiesen durch:

- Aktuellen Nachweis über die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V bzw. § 136 b Abs. 1 Nr. 1 SGB V (250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

und

- Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die Landesärztekammer

oder

- Verliehene akademische Lehrbefugnis

Bitte entsprechende Zeugnisse und Urkunden gem. § 7 Abs. 2 bis 4 in Kopie beifügen.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Ich erkläre verbindlich, dass in Bezug auf die im Antrag genannten Eingriffe keinerlei finanzielle Beziehungen vorliegen (§ 7 Abs. 6 Zm-RL)

Ich erkläre verbindlich, dass in Bezug auf die im Antrag genannten Eingriffe folgende finanzielle Beziehungen vorliegen (§ 7 Abs. 6 Zm-RL):

Anstellungs- oder Beratungsverhältnisse

Erhalt von Honoraren

Erhalt vom Drittmitteln

Sonstige Unterstützung

Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukte oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller

Ich verpflichte mich, meine Patienten entsprechend § 8 Absatz 2 ZM-RL über die vorliegenden finanziellen Beziehungen auf Nachfrage hin zu informieren.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass nach § 27 b Abs. 1 Satz 2 SGB V bzw. § 7 Abs. 5 Zm-RL das Unabhängigkeitsgebot gilt. Demnach kann die Zweitmeinung nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder die der Eingriff durchgeführt werden soll.

Ich habe weiterhin zur Kenntnis genommen, dass meine persönlichen Daten (Arztname, Kontaktdaten, Facharztbezeichnung und Zweitmeinungsverfahren) in der Arztsuche der KVBW zur Verfügung gestellt werden.

Hinweis

Ergänzende, medizinisch notwendige Untersuchungen sind im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens entsprechend der Abrechnungsbestimmungen des EBM berechnungsfähig. Sofern es sich hierbei um genehmigungspflichtige Leistungen handelt (z. B. Ultraschall), sind vor der Leistungserbringung die entsprechenden Genehmigungen bei der KVBW zu beantragen. Die Antragsformulare sind unter <http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetsicherung/genehmigungspflichtige-leistungen/> abrufbar. Die Abrechnung ist erst nach Erteilung der Genehmigung möglich.

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer, die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller