

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung einer Zweitmeinung bei Mandeloperationen (Tonsillektomie/Tonsillotomie)

entsprechend der Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL)

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung zur Einholung einer Zweitmeinung bei Mandeloperationen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

- GOP: 88200A

Anforderungen gem. § 7 Zm-RL

- Zweitmeinungsverfahren: Mandeloperationen (Tonsillektomie/Tonsillotomie)**
 Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“

und:

- Nachweis einer **mindestens 5-jährigen ganztägigen Tätigkeit** oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder kombinierte ganztägige Tätigkeit und Teilzeittätigkeit **in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung im jeweiligen Fachgebiet**, nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung.

und:

- Aktueller Nachweis über die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtungen nach § 95d SGB V oder § 136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

und:

- Nachweis einer durch die zuständige Landesärztekammer erteilten Befugnis zur Weiterbildung

oder

- Nachweis einer akademischen Lehrbefugnis

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Aufgaben der Zweitmeiner gem. § 8 Zm-RL

- Es wird bestätigt, dass die in § 8 Zm-RL genannten Aufgaben sowie die im Besonderen Teil der Zm-RL aufgeführten eingriffsspezifischen Anforderungen erfüllt werden.

Sonstige Anforderungen und Verpflichtungen

Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Es erfolgt die Abrechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen gemäß § 3 Abs. 2 Zm-RL notwendig, können diese ebenfalls durchgeführt werden, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff medizinisch erforderlich sind. Voraussetzung ist die Abgabe einer medizinischen Begründung.

Alle Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens sind bei der Abrechnung nach bundeseinheitlichen Vorgaben eingriffsspezifisch zu kennzeichnen.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de, Themen A-Z.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung einer Zweitmeinung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Ich versichere, dass meine Tätigkeit mit dem Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V vereinbar ist. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Zweitmeinung nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden kann, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll (vgl. § 7 Abs. 5 Zm-RL).

Gemäß § 7 Abs. 6 der Zm-RL ist 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.

Ich erkläre hiermit, dass keine der benannten finanziellen Beziehungen vorliegen

Es liegen finanzielle Beziehungen o. g. Art vor. (Bitte auf gesondertem Blatt erläutern.)

Über möglicherweise bestehende Interessenskonflikte oder finanzielle Beziehungen soll auf Nachfrage des Patienten/der Patientin zu Beginn des Beratungsgesprächs Auskunft gegeben werden (gem. § 8 Abs. 2 der Zm-RL)

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KV Thüringen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V. gemäß § 9 Zm-RL Informationen über **Arztnamen, Kontaktdaten, Fachgebietsbezeichnung und das betreffende Zweitmeinungsthema** in regional und/oder überregional betriebenen Informationsplattformen veröffentlichen darf.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Erbringung einer Zweitmeinung wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Thema Datenschutz.