Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Postfach 10 02 28
79121 Freiburg

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens zu Eingriffen für die Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) nach der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ)

Titel | Vorname | Nachname | LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung | BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

☐ mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)

☐ folgenden Angestellten

Titel | Vorname | Nachname | LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet | Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab: Datum TTMMJJJJ

E-Mail | Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr. | PLZ | Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr. | PLZ | Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: *ww.kvbawue.de/zweitmeinungsverfahren*

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

Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ Zweitmeinungsverfahren zu Eingriffen für die Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) {ZMV9}

Qualifikatorische Anforderungen an den Zweitmeiner nach § 7 Zm-RL des G-BA

☐ Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Gastroenterologie", „Allgemeinchirurgie", „Viszeralchirurgie", „Kinder- und Jugendchirurgie" oder „Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie"

und

☐ Mindestens fünfjährige ganztägige Tätigkeit oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeiten oder kombinierte ganztägige Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung im jeweiligen Fachgebiet

und

☐ Kenntnisse über den aktuellen Sachstand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Therapiealternativen, die für den jeweiligen Eingriff maßgeblich sind, nachgewiesen durch: Aktuellen Nachweis über die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V bzw. § 136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V (250 Fortbildungspunkte innerhalb von fünf Jahren)

und

☐ Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die Landesärztekammer

oder

☐ verliehene akademische Lehrbefugnis

- ☐ 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- und Beratungsverhältnisse
- ☐ Erhalt von Honoraren
- ☐ Erhalt von Drittmitteln
- ☐ sonstige Unterstützung
- ☐ Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband solcher Hersteller

Ich verpflichte mich, meine Patienten entsprechend § 8 Abs. 2 Zm-RL über möglicherweise bestehende Interessenkonflikte oder vorliegende finanzielle 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.

Einverständniserklärung

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

Hinweis

Gegenstand des Zweitmeinungsverfahren ist die Indikationsstellung zur Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie). Nicht umfasst sind Cholezystektomien aufgrund eines akuten Abdomens, einer Tumorerkrankungen der Gallenblase oder einer abdominellen Tumoroperation mit erforderlicher Entfernung der Gallenblase.

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 Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der 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

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 KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum	Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code