

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/196817

Antrag für Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie / Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie / Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie / Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie / Gefäßchirurgie / Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie / Allgemeinchirurgie / Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung einer Zweitmeinung zum planbaren Eingriff bei Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom

Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b Abs. 2 SGB V (Zm-RL)

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt |
| <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> ausschließlich für das Zweitmeinungsverfahren |
| <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt | |

Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz eingetragen:

ja nein

Den Antrag (www.kv-rlp.de/498039) zur Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz habe ich gestellt:

ja _____ nein
Datum

II. Indikation

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung einer Zweitmeinung, zu den im besonderen Teil der Richtlinie aufgeführten planbaren Eingriffen, wird für folgende Indikation beantragt:

- Eingriff 4: Amputationen beim Diabetischen Fußsyndrom

III. Leistungsumfang EBM

- Die ärztliche Zweitmeinung ist nach Abschnitt 4.3.9.2 EBM in Abhängigkeit der Arztgruppe des Zweitmeiners über die jeweiligen arztgruppenspezifischen Grundpauschalen beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt einmal im Behandlungsfall mit eingriffsspezifischer bundeseinheitlicher Kennzeichnung abzurechnen.
- Als ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens sind nach Abschnitt 4.3.9.3 EBM ausschließlich gegebenenfalls medizinische notwendige Untersuchungen nach § 3 Abs. 2 Zm-RL entsprechend der Abrechnungsbestimmungen des EBM berechnungsfähig.

IV. Fachliche Anforderungen

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung einer Zweitmeinung, zu den im besonderen Teil der Richtlinie aufgeführten planbaren Eingriffen, wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:

ja nein

(Falls ja, bitte Bescheid beifügen)

Falls ja, wurde diese Genehmigung zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

ja nein

- ja nein Ich weise eine mindestens fünfjährige ganztägige Tätigkeit nach, vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder in Kombination aus ganztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den jeweiligen Eingriff im Besonderen Teil dieser Richtlinie genannten Gebiet nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung
- und**
- ja nein erfülle die Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V
- oder**
- ja nein erfülle die Fortbildungsverpflichtung nach § 136b Absatz 1 Nummer 1 SGB V
- oder**
- ja nein erfülle nach § 27b Absatz 3 Nummer 5 SGB V eine entsprechende, von der zuständigen Landesärztekammer anerkannte Zahl an Fortbildungspunkten
- und**
- ja nein bin im Besitz einer, durch die zuständige Landesärztekammer erteilten, gültigen Weiterbildungsbefugnis
- oder**
- ja nein bin im Besitz einer mir verliehenen akademischen Lehrbefugnis

Zusätzlich bestätige ich:

- ja nein In den letzten 5 Jahren vor Antragstellung wurden von mir pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in einem multidisziplinären Setting behandelt.
- Es erfolgt eine Zusammenarbeit mit konservativ und operativ tätigen Arztgruppen gemäß den Vorgaben des § 2 zu den eingriffsspezifischen Anforderungen an den Zweitmeiner. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit diesen liegt vor und kann bei Bedarf von der KV RLP angefordert werden.
 - Die Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Fachärztinnen und Fachärzten erfolgt derart, dass deren Expertise bei Abgabe der Zweitmeinung zur Amputation beim diabetischen Fußsyndrom bei Bedarf genutzt wird.

Bitte Nachweise beifügen.

V. Verbindliche Erklärungen

- | | Liegen vor: | Liegen nicht vor: |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ■ Finanzielle Beziehungen aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	Liegen vor:	Liegen nicht vor:
■ Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstige Unterstützungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen, jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Allgemeines

- Leistungen nach dem Zweitmeinungsverfahren dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche schriftliche Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.
- Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung zur Einholung einer Zweitmeinung nur im Rahmen des vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Das Zweitmeinungsverfahren darf nicht bei einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Einrichtung durchgeführt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

VII. Einverständniserklärung

- Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KV RLP folgende Informationen meinerseits in regional und/oder überregional betriebenen Informationsplattformen veröffentlichen darf:
 - a. Arztname und Kontaktdaten
 - b. Fachgebietsbezeichnung
 - c. Zweitmeinungsthema oder die -themen

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes