

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/196817](http://www.kv-rlp.de/196817)

**Antrag für Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie oder  
Allgemeinchirurgie / Viszeralchirurgie / Kinder- und Jugendchirurgie oder  
Kinder und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung  
„Kinder- und Jugend-Gastroenterologie“  
auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
einer Zweitmeinung von geplanten Eingriffen zur Cholezystektomie  
(Entfernung der Gallenblase)**

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](http://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 9: Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)

## 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

**Bitte Nachweise beifügen.**

## V. Verbindliche Erklärungen

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