

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 PotsdamKörperschaft des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich 4  
Qualitätssicherung und Sicherstellung

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Durchführung einer unabhängigen Zweitmeinung**  
bei Aortenaneurysmen

Der Eingriff umfasst folgende offen-chirurgische oder endovaskuläre Operationsverfahren bei thorakalen, abdominalen oder thorako-abdominalen Aortenaneurysmen:

1. Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta,
2. Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen.

Nicht umfasst sind Notfalleingriffe und dringliche Eingriffe.

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
LANR: \_\_\_\_\_  
FÄ/FA für: \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. privat \_\_\_\_\_  
bzw. Handy: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

- Eigener Niederlassung  in privatärztlicher Tätigkeit \*  
 Angestellte/r Ärztin/Arzt in einer Einr. / im MVZ  angestellte/r Ärztin/Arzt im Krankenhaus \*  
 Angestellte/r Ärztin/Arzt in einer Arztpraxis

\* Im Krankenhaus angestellte Ärztinnen/Ärzte und privatärztlich tätige Ärztinnen/Ärzte müssen parallel zu diesem Antrag auch einen Antrag auf Ermächtigung beim Zulassungsausschuss stellen.

**II. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 2 ZmRL**

1. Berechtigung zur Führen der FA-Bezeichnung in einem der folgenden Gebiete

- Gefäßchirurgie
- Herzchirurgie
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Kardiologie

2. Nach der Facharztanerkennung eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit

**und**

3. Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V (250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

**Hinweis:**

Nachweise müssen nicht vorgelegt werden, sofern Sie bereits im Arztregister Brandenburg eingetragen sind und Ihr Einverständnis zur Einsichtnahme auf Ihr Fortbildungskonto bei der Landesärztekammer Brandenburg erklärt haben.

**und**

4. Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die zuständige Landesärztekammer

**Hinweis:** Sofern Ihre Weiterbildungsbefugnis durch die Landesärztekammer Brandenburg erteilt wurde, ist das Einreichen eines Nachweises **nicht** erforderlich.

**oder**

- akademische Lehrbefugnis (Nachweis erforderlich)

### III. Sonstige Voraussetzungen

Die in § 8 benannten Aufgaben sind mir bekannt und ich werde sie insbesondere auch unter Einbeziehung ärztlicher Vorbefunde gemäß Absatz 5 einhalten.

### IV. Erklärungen

1. Ich erkläre, das Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27 b Abs. 1 Satz 2 SGB V einzuhalten und die in § 7 Abs. 5 und 6 i. V. m. § 8 der Zm-RL vorgegebenen Anforderungen und Aufgaben des zweitmeinungsgebenden Arztes in vollem Umfang zu erfüllen.
2. Ich erkläre, dass **keine** finanziellen 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.
3. Mir ist bekannt, dass meine Kontaktdaten auf regionalen und überregionalen Informationsportalen der KVBB sowie der Landeskrankenhausgesellschaft veröffentlicht werden.

Kontaktadresse bei Nachfragen zum Antrag: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)

Datum

**Stempel und Unterschrift**  
Antragsteller/in

*Im Falle einer Anstellung:*  
**Stempel und Unterschrift**  
Ärztliche Leitung Einrichtung/MVZ/  
bzw. Unterschrift Praxisinhaber/in

**Hinweis:**

Die beantragten Leistungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich, also rückwirkend, erteilt werden.