

**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 Hüftgelenkersatz

Der Eingriff umfasst die Implantation einer Totalendoprothese am Hüftgelenk sowie Revisionseingriffe, Wechsel und Entfernungen von Total- oder Teilendoprothesen.

Nicht umfasst sind Notfalleingriffe und dringliche Eingriffe sowie Eingriffe aufgrund von Tumorerkrankungen.

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tel. Nr. privat
bzw. Handy: _____

Tätigkeit in / als:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eigener Niederlassung | <input type="checkbox"/> in privatärztlicher Tätigkeit * |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ | <input type="checkbox"/> angestellter Arzt im Krankenhaus * |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in einer Arztpraxis | |

* Im Krankenhaus angestellte Ärzte und privatärztlich tätige 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

- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung einer unabhängigen Zweitmeinung
- bei Hüftgelenkersatz -

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

Datum

**Stempel und Unterschrift
des Antragstellers:**
Praxisinhaber bzw.
ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

**Stempel und Unterschrift
angestellter Arzt**
im Falle der Anstellung

Hinweis:

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