

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen einer Zweitmeinung vor planbaren Eingriffen**

Eingriffe bei lokal begrenztem und nicht metastasierendem Prostatakarzinom

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte/ Vertragspsychotherapeuten:

☐ Ich bin niedergelassen.

☐ Die Niederlassung ist geplant ab: _____

☐ Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

☐ Ich bin in einer Praxis angestellt.

☐ Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

☐ Ich bin in einem MVZ tätig.

☐ Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

stationär und privatärztlich tätige Ärzte:

☐ Ich bin (in einem Krankenhaus) ausschließlich stationär tätig.

☐ Ich bin ausschließlich privatärztlich tätig.

☐ Ich bin als Krankenhausarzt zur Erbringung ambulanter Leistungen ermächtigt.

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vor planbaren Eingriffen nach § 27b Absatz 2 SGB V i.V.m. § 8 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL).

Hinweis für Ärzte, die stationär oder privatärztlich tätig sind:

Zusätzlich zur Genehmigung der Leistung durch die Kassenärztliche Vereinigung ist die Erteilung einer Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich!

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen

Ich bin

- ☐ Facharzt für Urologie
- ☐ Facharzt für Strahlentherapie
 - ☐ Die Facharzturkunde/Urkunde über den Schwerpunkt liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - ☐ Die Urkunde(n) ist/sind diesem Antrag als Anlage beigefügt.

und

- ☐ Ich bin seit mindestens 5 Jahren ganztätig oder vom Umfang her entsprechend in Teilzeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung in dem für den jeweiligen Eingriff genannten Gebiet nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung tätig.
 - ☐ Dieser Nachweis liegt der KVSA bereits vor.
 - ☐ Der Nachweis (Zeugnisse oder Bescheinigungen des/der Arbeitgeber/s) ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

und

- ☐ Ich erfülle die Fortbildungsverpflichtung nach § 95d bzw. § 136 b Abs. 1 S. 1 SGB V
 - ☐ Dieser Nachweis liegt der KVSA bereits vor.
 - ☐ Der Nachweis (Fortbildungszertifikat oder Fortbildungspunktekontoauszug der Ärztekammer) ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

und

- ☐ Ich verfüge über die Befugnis zur Weiterbildung in meinem Fachgebiet **oder**
- ☐ mir wurde die akademische Lehrbefugnis verliehen.
 - ☐ Ein entsprechender Nachweis liegt der KVSA bereits vor.
 - ☐ Der Nachweis ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

*Planbare Eingriffe, für die das Zweitmeinungsverfahren greift, umfassen folgende Behandlungsverfahren bei lokal begrenztem und nicht metastasiertem Prostatakarzinom:

1. die Prostatektomie,
2. die perkutane Strahlentherapie oder
3. die interstitielle Brachytherapie

Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens ist die Indikationsstellung zu einem der genannten Eingriffe zur Behandlung des lokal begrenzten nicht metastasiertem Prostatakarzinoms.

Nicht umfasst sind Notfalleingriffe und dringliche Eingriffe.

Weitere Erklärungen

Finanzielle Beziehungen, die sich aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalt von Honoraren, Drittmitteln oder sonstigen Unterstützungen, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller ergeben,

☐ liegen nicht vor.

☐ liegen vor: _____

Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, die Anforderungen der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren zu erfüllen.
2. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere zur Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung, dem Ort der Leistungserbringung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.
3. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KVSA bzw. die Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt auf frei zugänglichen, regional oder überregional betriebenen Informationsplattformen über meine Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren informieren – dazu gehört insbesondere die Veröffentlichung des Arztnamens, der Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer), die Fachgebietsbezeichnung und das Zweitmeinungsthema gemäß der Vorgaben nach § 9 Abs. 2 der Zweitmeinungsrichtlinie.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Informationen hinsichtlich meiner Weiterbildungsbefugnis und der Angaben zur Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte