

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und Sicherstellung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Durchführung einer unabhängigen Zweitmeinung
bei Eingriffen zur Karotis-Revaskularisation

Der Eingriff umfasst planbare, offen-chirurgische sowie endovaskuläre Behandlungsverfahren von Karotis-Stenosen.

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. 2-4 ZmRL

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

- Neurologie ☐
- Innere Medizin und Angiologie ☐
- Innere Medizin und Kardiologie ☐
- Gefäßchirurgie ☐
- Radiologie mit Expertise in endovaskulären Verfahren (interventionelle Radiologie) ☐
 - Nachweise über die Durchführung von mindestens 100 endovaskulären Interventionen, darunter mindestens 10 an supraaortalen extrakraniellen Gefäßen, und mindestens 30 einschlägigen theoretischen Fortbildungseinheiten im Umfang von je 45 Minuten sind dem Antrag beizufügen
- Radiologie mit Schwerpunkt Neuroradiologie ☐
- Neurochirurgie ☐

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
Antragsteller/in**

Im Falle der 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.