

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

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Durchführung einer unabhängigen Zweitmeinung**  
bei planbaren Eingriffen an der Wirbelsäule

Der Eingriff umfasst folgende Operationen an der Wirbelsäule: Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, Spondylodese, Knöchernen Dekompression, Facettenoperationen (Facettendenerivation, -Thermokoagulation, -Kryodenerivation), Verfahren zum Einbringen von Material in einen Wirbelkörper (mit oder ohne vorherige Wirbelkörperaufrichtung), Exzision von Bandscheibengewebe oder Implantation einer Bandscheibenendoprothese.

Nicht umfasst sind Eingriffe, die aufgrund von akuten traumatischen Ereignissen oder aufgrund von akut auftretenden neurologischen Komplikationen notwendig sind. Ebenfalls nicht umfasst sind Eingriffe aufgrund von Tumorerkrankungen.

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

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

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
  - Neurochirurgie
  - Neurologie oder
  - Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Anästhesiologie jeweils mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“

**und**

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	<b>Stempel und Unterschrift des Antragstellers:</b> Praxisinhaber bzw. ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ	<b>Stempel und Unterschrift angestellter Arzt</b> im Falle der Anstellung
-------	--	--

**Hinweis:**

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