

*Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens
Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom nach der Richtlinie zum
Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*

Bitte zurücksenden an:
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Ahrens
Tel. 0385/7431-378
FAX 0385/7431-66-378
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin

Arztstempel

Antragsteller/-in:
Name, Vorname:

Praxis- bzw. Krankenhausanschrift oder MVZ

Straße:

PLZ/ Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Fachärztin/
Facharzt
für: _____

BSNR:

LANR:

Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung:

☐ Zulassung ☐ Anstellung ☐ persönliche Ermächtigung Krankenhausarzt

Tätigkeit außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung*:

☐ Anstellung in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer ermächtigten Einrichtung

☐ Selbstständig privatärztlich tätig in eigener Praxis

*Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte haben neben der Abrechnungsgenehmigung für das Zweitmeinungsverfahren eine **bedarfsunabhängige Ermächtigung für das Zweitmeinungsverfahren beim Zulassungsausschuss** zu beantragen.

*Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens
Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom nach der Richtlinie zum
Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*

Für folgenden planbaren Eingriff beantrage ich die Erbringung der Zweitmeinung:

- ☐ Amputation beim diabetischen Fußsyndrom (DFS)
(planbare Minoramputationen oder Majoramputationen bei Diabetikern)

Nachweis der folgenden fachlichen Voraussetzungen:

Ich bin Facharzt für:

- ☐ Innere Medizin und Angiologie
- ☐ Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- ☐ Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- ☐ Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- ☐ Gefäßchirurgie
- ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit SP Unfallchirurgie
- ☐ Allgemeinchirurgie
- ☐ Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- ☐ Ich bestätige, dass ich im Rahmen meines Fachgebiets eine mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit oder im Umfang entsprechende Teilzeittätigkeit im Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung absolviert habe.
- ☐ Urkunde liegt der KVMV bereits vor ☐ Zeugnisse/ Bescheinigung sind beigelegt

Folgende Voraussetzungen werden von mir erfüllt:

Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

1. Fortbildungspflicht

- ☐ Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V oder §136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V ist erfüllt
(250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

oder

- ☐ Anerkannte Zahl an Fortbildungspunkten von der zuständigen Landesärztekammer wurde erworben (Punktekontoauszug der Ärztekammer beilegen)

*Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens
Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom nach der Richtlinie zum
Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*

2. Weiterbildungsbefugnis

☐ Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die Landesärztekammer

oder

☐ eine erteilte akademische Lehrbefugnis

Weitere Anforderungen:

☐ Ich verfüge über Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Therapiealternativen für diesen Eingriff.

☐ Ich bestätige, in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom in einem multidisziplinären Setting behandelt zu haben.

☐ Ich bestätige, mit einem oder mehreren Ärzten der o.g. Facharztgruppen* (s. Fachliche Voraussetzungen) so zusammenzuarbeiten, dass deren Expertise bei Bedarf genutzt werden kann. Es liegt eine schriftliche Vereinbarung zur Kooperation vor.
Die Anforderung der Kooperation (siehe Zm-RL Kooperationsvereinbarung gemäß § 2 Abs. 3 b (Eingriff 4)) ist relevant, damit eine fachgebietsübergreifende Einschätzung der Befunde und eine optimale Empfehlung unter Abwägung konservativer und operative Therapieoptionen ermöglicht wird.

☐ **Eine Kooperation besteht mit** _____

(genaue Bezeichnung und Adresse des Leistungserbringers)

*Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie sowie Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie haben hierbei die Kooperation mit Fachärzten für Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopädie oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie und/oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie zu bestätigen.

Fachärzte für Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopäde oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie sowie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie haben hierbei die Kooperation mit Fachärzten für Innere Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie und/oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie zu bestätigen.

Angehörige folgender nichtärztlicher Fachberufe können zur Beratung im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens hinzugezogen werden:

-Podologin/Podologe oder Medizinische Fußpflegerin/Medizinischer Fußpfleger

-Orthopädieschumacherin/Orthopädieschuhmacher

-Orthopädietechnik-Mechanikerin/Orthopädietechnik-Mechaniker oder Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädiemechaniker/Bandagist

*Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens
Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom nach der Richtlinie zum
Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*

Verbindliche Erklärung des Zweitmeiner

Hiermit bestätige ich, dass meine Tätigkeit mit dem Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Abs. 1 S. 2 SGB V vereinbar ist. Des Weiteren erkläre ich im Rahmen des Nachweisverfahrens nach § 7 Abs. 1 gemäß der Zm-RL verbindlich, dass finanzielle Beziehungen, die aus Anstellungs- oder Beratungsverhältnissen, dem Erhalten von Honoraren, Drittmitteln oder sonstiger Unterstützung, dem Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen jeweils in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukten oder einem Interessenverband solcher Hersteller nicht vorliegen.

Anforderungen an den Zweitmeiner

Die Anforderungen des § 7 Abs. 5 Zm-RL unter Bezug auf § 27b Abs. 1 S. 2 SGB V habe ich zur Kenntnis genommen, mir ist bekannt dass ich bei Patienten, bei denen ich eine Zweitmeinungsberatung durchgeführt habe, nicht selber operiere.

Zustimmung Datenweitergabe

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KVMV bzw. die Krankenhausgesellschaft MV 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.

Hinweis zur Genehmigungserteilung

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren gemäß 27 Absatz 2 SGB V (Zm-RL) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Mecklenburg-Vorpommern zulässig ist.**

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Praxisinhaber/Leiter MVZ/Krankenhausverwaltung
Stempel