

*Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Geschäftsbereich Qualitätssicherung  
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27 Absatz 2 SGB V  
(Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL)*

---

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



**Antragsteller/-in:**  
**Name, Vorname:**

---

**Praxis- bzw. Krankenhausanschrift oder MVZ**

Straße:

---

PLZ/ Ort:

---

Telefon/Fax:

---

E-Mail:

---

Fachärztin/  
Facharzt  
für: \_\_\_\_\_

BSNR:

---

LANR:

---

*Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Geschäftsbereich Qualitätssicherung  
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27 Absatz 2 SGB V  
(Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL)*

---

**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.

**Für folgende planbare Eingriffe beantrage ich die Erbringung der Zweitmeinung:**

- Schulterarthroskopie  
 Knieendoprothese

**Nachweis der folgenden Voraussetzungen:**

Ich bin Facharzt für:

- Orthopädie und Unfallchirurgie  
 Physikalische und Rehabilitative Medizin  
 Orthopädie (nach altem Weiterbildungsrecht)  
 Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie (nach altem Weiterbildungsrecht)
- 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

*Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Geschäftsbereich Qualitätssicherung  
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27 Absatz 2 SGB V  
(Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL)*

---

**Folgende Voraussetzungen werden von mir erfüllt:  
Nachweise sind dem Antrag beizufügen.**

**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)

**und**

**Weiterbildungsbefugnis**

- Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die Landesärztekammer

**oder**

- eine erteilte akademische Lehrbefugnis

**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.

*Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern  
Geschäftsbereich Qualitätssicherung  
Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen im Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27 Absatz 2 SGB V  
(Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL)*

---

**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 meiner Angaben:**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Praxisinhaber/Leiter MVZ/Krankenhausverwaltung  
Stempel