

*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

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 Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27 Absatz 2 SGB V  
(Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL)*

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

- Eingriffe an der Wirbelsäule** – umfasst sind **folgende Operationen** an der Wirbelsäule:
- Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule,
  - Spondylodese,
  - Knöcherner 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

Gegenstand des Zweitmeinungsverfahrens ist die **Indikationsstellung zu den o.g. Eingriffen an der Wirbelsäule.**

**Nicht umfasst sind**

- Eingriffe, die aufgrund von **akuten traumatischen Ereignissen** oder aufgrund von **akut auftretenden neurologischen Komplikationen** notwendig sind und
- Eingriffe aufgrund von **Tumorerkrankungen**

**Fachliche Qualifikation des Zweitmeiners, § 7 Abs. 2 bis 4 Zm-RL**

Ich bin Facharzt für:  Orthopädie und Unfallchirurgie

Orthopädie

Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie

Neurochirurgie

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Neurologie

Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie

Anästhesiologie mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie

(Die o.g. Fachärzte/Fachärztinnen können Fachärzte/Fachärztinnen der jeweils anderen der o.g. Fachrichtungen in den Prozess der Zweitmeinungserbringung mit einbeziehen.)

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.**

- gesetzliche Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V bzw. § 136 b Abs. 1 Nr. 1 SGB V  
(250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren)

**oder**

- Ich bestätige, dass ich eine entsprechende Anzahl an Fortbildungspunkten bei der Ärztekammer erworben habe (Punktekontoauszug der Ärztekammer beilegen).

**und**

- eine Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die Landesärztekammer

**oder**

- eine erteilte akademische Lehrbefugnis

**Verbindliche Erklärung des Zweitmeiners**

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**

Ich bin einverstanden, dass meine Kontaktdaten auf der Homepage der KVMV veröffentlicht werden.

**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 Richtigkeit meiner Angaben:**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Praxisinhaber/Leiter MVZ/Krankenhausverwaltung  
Stempel