

Arztstempel



kvt  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an [qs@kvt.de](mailto:qs@kvt.de) ein.**

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung einer Zweitmeinung bei geplanter/bevorstehender Amputation bei diabetischem Fußsyndrom

entsprechend der Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 SGB V (Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren, Zm-RL)

**Antragsteller**

.....  
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

**Leistungserbringer**

sofern abweichend vom Antragsteller,  
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon: .....

Praxis: ..... privat: .....

E-Mail: .....

**Ort der Leistungserbringung**

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen  
(Nebenbetriebsstätte) .....

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt .....

in einem MVZ .....

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung zur Einholung einer Zweitmeinung bei geplanter/bevorstehender Amputation bei diabetischem Fußsyndrom durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein

ja (Bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

### Beantragte Leistung/en

- GOP: 88200D

### Anforderungen gem. § 7 Zm-RL

#### Zweitmeinungsverfahren: Amputation beim diabetischen Fußsyndrom

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin und Angiologie“
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“ mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Gefäßchirurgie“
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Orthopädie“
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie“
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Allgemeinchirurgie“
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“

#### und:

- Nachweis einer **mindestens 5-jährigen ganztägigen Tätigkeit** oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder kombinierte ganztägige Tätigkeit und Teilzeittätigkeit **in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung im jeweiligen Fachgebiet**, nach Anerkennung der maßgeblichen Facharztbezeichnung.

#### und:

- Aktueller Nachweis über die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtungen nach § 95d SGB V oder § 136b Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

#### und:

- Nachweis einer durch die zuständige Landesärztekammer erteilten Befugnis zur Weiterbildung

#### oder

- Nachweis einer akademischen Lehrbefugnis

**(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)**

### Zusätzliche Voraussetzungen bei „Amputation beim diabetischen Fußsyndrom“

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

**Ein geeigneter Nachweis ist beigefügt.**

*Fachärzte, die bereits am Strukturvertrag zur Versorgung von Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom gemäß § 73a SGB V zwischen der AOK PLUS und der KV Thüringen teilnehmen (diabetologische Fußambulanz) oder eine Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (GOP 02311) besitzen, müssen keinen gesonderten Nachweis einreichen.*

- Ich bestätige, dass eine schriftliche Vereinbarung zur **Kooperation mit einer anderen Fachrichtung\*** vorliegt, so dass deren Expertise bei Abgabe einer Zweitmeinung bei Bedarf genutzt werden kann.

Die Kooperation erfolgt mit folgender Einrichtung/ folgendem Facharzt/folgenden Fachärzten:

-----  
-----

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

*Fachärzte für Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Orthopäde oder Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie sowie Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie haben eine 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 nachzuweisen.*

Angehörige folgender nichtärztlicher Fachberufe können zur Beratung im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens hinzugezogen werden: Podologin/Podologe oder Medizinische Fußpflegerin/Medizinischer Fußpfleger, Orthopädieschuhmacherin/Orthopädieschuhmacher, Orthopädietechnik-Mechanikerin/Orthopädietechnik-Mechaniker oder Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädiemechaniker und Bandagist.

#### **Aufgaben der Zweitmeiner gem. § 8 Zm-RL**

- Es wird bestätigt, dass die in § 8 Zm-RL genannten Aufgaben sowie die im Besonderen Teil der Zm-RL aufgeführten eingriffsspezifischen Anforderungen erfüllt werden.

#### **Sonstige Anforderungen und Verpflichtungen**

Die Abrechnung der Zweitmeinung ist im Abschnitt 4.3.9 „Ärztliche Zweitmeinung“ im Allgemeinen Teil des EBM geregelt. Es erfolgt die Abrechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Sind für die Beurteilung ergänzende Untersuchungen gemäß § 3 Abs. 2 Zm-RL notwendig, können diese ebenfalls durchgeführt werden, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff medizinisch erforderlich sind. Voraussetzung ist die Abgabe einer medizinischen Begründung.

Alle Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens sind bei der Abrechnung nach bundeseinheitlichen Vorgaben eingriffsspezifisch zu kennzeichnen.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de), Themen A-Z

#### **Erklärung**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung einer Zweitmeinung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Ich versichere, dass meine Tätigkeit mit dem Gebot der Unabhängigkeit gemäß § 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V vereinbar ist. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Zweitmeinung nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden kann, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll (vgl. § 7 Abs. 5 Zm-RL).

Gemäß § 7 Abs. 6 der Zm-RL ist verbindlich zu erklären, ob finanzielle 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 oder nicht.

Ich erkläre hiermit, dass keine der benannten finanziellen Beziehungen vorliegen

Es liegen finanzielle Beziehungen o. g. Art vor. (Bitte auf gesondertem Blatt erläutern.)

*Über möglicherweise bestehende Interessenskonflikte oder finanzielle Beziehungen soll auf Nachfrage des Patienten/der Patientin zu Beginn des Beratungsgesprächs Auskunft gegeben werden (gem. § 8 Abs. 2 der Zm-RL)*

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die KV Thüringen sowie die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V. gemäß § 9 Zm-RL Informationen über **Arztnamen, Kontaktdaten, Fachgebietsbezeichnung und das betreffende Zweitmeinungsthema** in regional und/oder überregional betriebenen Informationsplattformen veröffentlichen darf.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

**Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:**

*Unabhängig von der Genehmigung zur Erbringung einer Zweitmeinung wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.