

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)

**Antrag für Orthopäden, Unfallchirurgen, Neurochirurgen, Rehamediziner, Neurologen  
sowie Allgemeinärzte, Internisten und Anästhesisten, jeweils mit der  
Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie (vgl. unter 3.)**

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen des  
Zweitmeinungsverfahrens zu Eingriffen an der Wirbelsäule** nach der Richtlinie zum  
Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

**1. Allgemeine Angaben**

**Der Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung des Zweitmeinungs-  
verfahrens wird für folgende/n Arzt/Ärztin gestellt:**

**LANR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
(lebenslange Arztnummer - falls vorhanden)

**BSNR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Titel:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_, **Vorname:** \_\_\_\_\_

**tätig in der vertragsärztlichen Versorgung:**

- Zugelassen** in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/Medizinischem Versorgungszentrum  
 **Angestellt** in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/Medizinischem Versorgungszentrum  
 **Persönlich ermächtigter** Krankenhausarzt

**tätig außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung:**

- Angestellt** in einem zugelassenen Krankenhaus oder einer ermächtigten Einrichtung  
 **Selbständig privatärztlich tätig** in eigener Praxis

Zusätzlich zur Abrechnungsgenehmigung haben folgende Ärzte für das Zweitmeinungsverfahren eine **persönliche Ermächtigung beim Zulassungsausschuss zu beantragen:**  
- nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte  
- Ärzte, die bereits über eine Ermächtigung für spezielle Leistungen verfügen (Ausnahme: Vollermächtigung)

**Die Ermächtigung wurde am \_\_\_\_\_ beantragt.**

**Adresse der o.g. Tätigkeit, an der das Zweitmeinungsverfahren künftig angeboten werden soll:**

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis/MVZ/Einrichtung/Krankenhaus

\_\_\_\_\_  
Adresse (Straße, PLZ, Ort)

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**Vertretungsberechtigter der Praxis/Einrichtung - dieser hat den Antrag (mit) zu unterschreiben:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Funktion (z.B. Geschäftsführer)



- Neurologie**
- Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie**
- Innere Medizin 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.)

**und**

- Mindestens 5-jährige ganztägige Tätigkeit** oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder kombinierte ganztägige Tätigkeit und Teilzeittätigkeit **in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung** in einem der o.g. Fachgebiete:
  - vertragsärztliche** Tätigkeit in eigener Praxis oder angestellt
  - privatärztliche** Tätigkeit in eigener Praxis
  - Tätigkeit in einem zugelassenen **Krankenhaus** oder einer **ermächtigten Einrichtung** als

\_\_\_\_\_ (z.B. ltd. Oberarzt, ltd. Chefarzt mit Angabe der Klinik/Abteilung etc.)

**von/bis (Monat/Jahr):** \_\_\_\_\_

**Praxis/Krankenhaus (Adresse/n):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**und**

- Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschl. Therapiealternativen**, die für die unter 2. genannten Eingriffe an der Wirbelsäule maßgeblich sind.

**Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn folgende Anforderungen nachgewiesen werden:**

- Aktueller Nachweis über die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung (250 Fortbildungspunkte innerhalb von 5 Jahren) nach § 95 d SGB V bzw. § 136 b Abs. 1 Nr. 1 SGB V** - hierzu kann eine schriftliche Bestätigung der KVB, eine 136b-Bescheinigung der Landesärztekammer oder ein gültiges Fortbildungszertifikat der Landesärztekammer über 250 Fortbildungspunkte vorgelegt werden

**und**

- Weiterbildungsbefugnis, erteilt durch die Landesärztekammer**, für eines der o.g. Fachgebiete, nachzuweisen durch den aktuellen Bescheid der Landesärztekammer

**oder**

- Verliehene akademische Lehrbefugnis**, nachzuweisen durch entsprechende Urkunden / Bescheinigungen der verleihenden Hochschule

#### 4. Verbindliche Erklärungen des Zweitmeiners, vgl. § 7 Abs. 5, 6 und § 9 Zm-RL

- Mit der Unterschrift auf diesem Antrag erklärt der Arzt / die Ärztin, der/die als Zweitmeiner tätig werden soll, dass er/sie
- **keine finanziellen Beziehungen** 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 hat**, vgl. § 7 Abs. 6 Zm-RL, und
  - zur Kenntnis genommen hat, dass die **KVB und die Bayerische Krankenhausgesellschaft** nach § 27 b Abs. 4 SGB V und § 27 b Absatz 2 Satz 1 SGB V i.V.m. § 9 Zm-RL **gesetzlich verpflichtet sind**, inhaltlich abgestimmt auf frei zugänglichen regionalen oder überregional betriebenen Informationsplattformen **über seine/ihre Teilnahme am Zweitmeinungsverfahren zu informieren** - dazu gehört insbesondere die **Veröffentlichung des Arztnamens, der Kontaktdaten, der Fachgebietsbezeichnung und des Zweitmeinungsthemas**; zum Zwecke der gesetzlich vorgegebenen, inhaltlich abgestimmten Veröffentlichung erfolgt zwischen KVB und Bayerischer Krankenhausgesellschaft ein Austausch zu den Daten der Zweitmeiner, die auf den Informationsplattformen gemäß § 27 b Absatz 2 SGB V i.V.m. § 9 Zm-RL abzubilden sind (Hinweis: Die KVB veröffentlicht die Zweitmeiner in ihrer Arztsuche unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de).) und
  - zur Kenntnis genommen hat, dass die **Zweitmeinung** nach § 27 b Abs. 1 Satz 2 SGB V **nicht bei einem Arzt** oder einer Einrichtung **eingeholt** werden kann, **durch den** oder durch die **der Eingriff durchgeführt werden soll (Gebot der Unabhängigkeit)**, vgl. § 7 Abs. 5 Zm-RL.

#### 5. Umfang der Zweitmeinung und Aufgaben des Zweitmeiners, §§ 3 Abs. 2, 8 Zm-RL


- Folgende Vorgaben zum Zweitmeinungsverfahren und Aufgaben des Zweitmeiners werden erfüllt:**
- Zweitmeinung ist eine **unabhängige, neutrale** ärztliche zweite Meinung zu dem benannten planbaren Eingriff. Die Erbringung der Zweitmeinung umfasst neben der **eigenständigen Bewertung und Beratung** der Versicherten **ärztliche Untersuchungsleistungen**, sofern sie zur Befunderhebung und Überprüfung der Indikationsstellung zu dem vorgesehenen Eingriff **medizinisch erforderlich** sind. Im Rahmen der Indikationsstellung **bereits erhobene Befunde sind zu berücksichtigen**, soweit sie vom Patienten zur Verfügung gestellt wurden.
  - Der Patient wird in Bezug auf den empfohlenen Eingriff und mögliche Therapie- oder Handlungsalternativen **informiert und beraten**, dass eine informierte **Entscheidung des Patienten in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung des empfohlenen Eingriffs** ermöglicht wird. Dabei werden mögliche Therapiealternativen unter Berücksichtigung der Anamnese und des Krankheitsverlaufs einbezogen, gestützt auf Vorbefunde sowie die Präferenzen des Patienten.
  - Auf Nachfrage des Patienten gibt der Zweitmeiner zu Beginn des Beratungsgesprächs **Auskunft** in Bezug auf bei ihm oder bei ihr möglicherweise bestehende **Interessenkonflikte** oder finanzielle Beziehungen.
  - In den Prozess der Zweitmeinungserbringung werden gegebenenfalls folgende **nichtärztliche Fachberufe zur Beratung hinzugezogen: Physiotherapeut/in** im Sinne des Masseur- und Physiotherapeutengesetzes (MPhG) oder **Krankengymnast/in** im Sinne des § 16 MPhG.
  - Die Abgabe der Zweitmeinung hat zwischen dem Zweitmeiner und dem Patienten **mündlich** zu erfolgen.

- **Vorbefunde**, die aus der Patientenakte zur Verfügung gestellt wurden, werden in die Beratung mit **einbezogen**.
- Falls vom Zweitmeiner relevante Untersuchungen als fehlend oder nicht verwendbar betrachtet oder **weiterführende Untersuchungen als notwendig** festgestellt werden, ist der Patient darüber zu **informieren**. Der Zweitmeiner informiert den indikationsstellenden Arzt darüber, sofern der Patient zugestimmt hat.
- Die Zweitmeinung gilt als **abgegeben**, wenn die Beurteilung und Beratung erfolgt sind und in diesem Rahmen die **Indikation** zum empfohlenen Eingriff **bestätigt oder nicht bestätigt** wurde und die weiteren Handlungsoptionen dem Patienten erläutert wurden.
- **Auf Wunsch** des Patienten wird das Ergebnis der Zweitmeinung **dem indikationsstellenden Arzt mitgeteilt**.
- **Auf Wunsch** des Patienten wird das Ergebnis der Zweitmeinung in einem **ärztlichen Bericht** zusammenfassend dargestellt und dem Patienten ausgehändigt. Die Darstellung soll auf die eingriffsspezifische Entscheidungshilfe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und gegebenenfalls weitere evidenzbasierte Informationen Bezug nehmen.
- Beim Gespräch zur Abgabe der Zweitmeinung und in einem etwaigen ärztlichen Bericht ist darauf einzugehen, ob aus Sicht des Zweitmeiners die **Möglichkeiten der konservativen Therapie als Behandlungsalternative** zu dem empfohlenen Eingriff an der Wirbelsäule **im Wesentlichen als ausgeschöpft angesehen** werden.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.


Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist. Sofern Sie im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung, die durch den zuständigen Zulassungsausschuss erteilt wird (§ 73 Absatz 2 Satz 1 Nr. 13 SGB V), am Zweitmeinungsverfahren teilnehmen wollen, dürfen Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen, ab dem Ihnen nicht nur der Genehmigungsbescheid, sondern auch der Ermächtigungsbescheid des zuständigen Zulassungsausschusses vorliegt.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt bzw. Vertretungs-  
berechtigter der Einrichtung/MVZ/BAG 

**Bei Antragstellung für einen in einem MVZ tätigen oder angestellten Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift im MVZ tätiger / angestellter Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie/Orthopädie/Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie/Neurochirurgie/Physikalische und Rehabilitative Medizin/Neurologie oder Allgemeinmedizin/Innere Medizin/Anästhesiologie, jeweils mit Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis zur Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nachweis der Weiterbildungsbefugnis oder akademischen Lehrbefugnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Absatz 1 lit. c) EU-DSGVO i.V.m. § 27 b SGB V zur Erfüllung der Aufgaben, die der KVB im Zusammenhang mit dem Zweitmeinungsverfahren nach § 27 b SGB V i.V.m. Zm-RL obliegen. Die KVB und die Bayerische Krankenhausgesellschaft haben gemäß § 27 b Absatz 4 SGB V und § 27 b Absatz 2 Satz 1 SGB V i.V.m. § 9 Zm-RL inhaltlich abgestimmt über die Zweitmeiner auf frei zugänglichen regionalen oder überregional betriebenen Informationsplattformen zu informieren- dazu gehört insbesondere die **Veröffentlichung des Arztnamens, der Kontaktdaten, der Fachgebietsbezeichnung und des Zweitmeinungsthemas**. Zur Erfüllung dieser Aufgabe erfolgt zwischen KVB und Bayerischer Krankenhausgesellschaft ein Austausch zu den Daten der Zweitmeiner, die auf den Informationsplattformen gemäß § 27 b Absatz 4 SGB V und § 27 b Absatz 2 SGB V i.V.m. § 9 Zm-RL abzubilden sind.

Ergänzend verweisen wir auf die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Die Zweitmeinungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) / Richtlinien / Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) abrufbar. Weitere Informationen finden Sie unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) / Praxis / Qualität / Qualitätssicherung / Z / Zweitmeinungsverfahren.