

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Sundgaullee 27  
79114 Freiburg

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag auf Genehmigung

zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens  
Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom nach der Richtlinie zum  
Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

**Antragstellung für:**

- für mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- für diese/n Angestellte/n

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	
_____	
Datum Tätigkeitsaufnahme	

_____	_____
E-Mail	Telefon

**Wohnanschrift:**

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

**Anschrift Praxis/Krankenhaus:**

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/zweitmeinungsverfahren](http://www.kvbawue.de/zweitmeinungsverfahren)

Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Zweitmeinungsverfahren zur Indikationsstellung für die Amputation beim Diabetischen Fuß- {ZMV4}  
syndrom

**Qualifikatorische Anforderungen an den Zweitmeiner nach §7 Zm-RL des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):**

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung:

- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Diabetologie
- Gefäßchirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Orthopädie
- Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie
- Allgemeinchirurgie
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie  
**und**
- mindestens fünfjährige ganztägige Tätigkeit oder vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder kombinierte ganztägige Tätigkeit und Teilzeittätigkeit in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung im jeweiligen Fachgebiet  
**und**
- Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschl. Therapiealternativen, die für den jeweiligen Eingriff maßgeblich sind, nachgewiesen durch: Aktuellen Nachweis über die Erfüllung der gesetzlichen Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V bzw. § 136 b Abs. 1 Nr. 1 SGB V (250 Fortbildungspunkte innerhalb von fünf Jahren)  
**und**
- Weiterbildungsbefugnis erteilt durch die Landesärztekammer  
**oder**

- verliehene akademische Lehrbefugnis

### Weitere Anforderungen:

- Tätigkeit in einer für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierten Einrichtung (z. B. Genehmigung DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 **mit Fußambulanz** oder Genehmigung zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms oder Tätigkeit in einem entsprechenden Zentrum) **oder**
- regelmäßige Zusammenarbeit mit einer solchen Einrichtung (z. B. regelmäßige Überweisungen von Patienten an entsprechende Zentren oder qualifizierte Schwerpunktpraxen)

### Erklärung

Ich versichere, dass ich in den letzten fünf Jahren, vor Antragstellung, pro Jahr durchschnittlich 30 Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (GOP 02311) in einem multidisziplinären Setting behandelt habe.

Ich versichere, dass ich mit den unter \* (Anforderungen an den Zweitmeiner) aufgeführten Facharztgruppen kooperiere. Die Anforderung der Kooperation ist relevant, damit eine fachgebietsübergreifende Einschätzung der Befunde und eine optimale Empfehlung unter Abwägung konservativer und operativer Therapieoptionen ermöglicht wird.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

- Ich erkläre verbindlich, dass in Bezug auf die im Antrag genannten Eingriffe keinerlei finanzielle Beziehungen vorliegen (§ 7 Abs. 6 Zm-RL)
- Ich erkläre verbindlich, dass in Bezug auf die im Antrag genannten Eingriffe folgende finanzielle Beziehungen vorliegen (§ 7 Abs. 6 Zm-RL):
  - Anstellungs- oder Beratungsverhältnisse
  - Erhalt von Honoraren
  - Erhalt vom Drittmitteln
  - sonstige Unterstützung
  - Besitz von Aktien oder Geschäftsanteilen in Bezug auf Hersteller von Medizinprodukte oder einem industriellen Interessenverband solcher Hersteller

Ich verpflichte mich, meine Patienten entsprechend § 8 Abs. 2 ZM-RL über die vorliegenden finanziellen Beziehungen auf Nachfrage hin zu informieren.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass nach § 27 b Abs. 1 Satz 2 SGB V bzw. § 7 Abs. 5 Zm-RL das Unabhängigkeitsgebot gilt. Demnach kann die Zweitmeinung nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder die der Eingriff durchgeführt werden soll.

Ich habe weiterhin zur Kenntnis genommen, dass meine persönlichen Daten (Arztname, Kontaktdaten, Facharztbezeichnung und Zweitmeinungsverfahren) in der Arztsuche der KVBW zur Verfügung gestellt werden.

## Hinweis

Ergänzende, medizinisch notwendige Untersuchungen sind im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens entsprechend der Abrechnungsbestimmungen des EBM berechnungsfähig. Sofern es sich hierbei um genehmigungspflichtige Leistungen handelt (z. B. Ultraschall), sind vor der Leistungserbringung die entsprechenden Genehmigungen bei der KVBW zu beantragen. Die Antragsformulare sind auf der Homepage der KVBW unter [www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/](http://www.kvbawue.de/genehmigungspflichtige-leistungen/) abrufbar. Die Abrechnung ist erst nach Erteilung der Genehmigung möglich.

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechterspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es sind selbstverständlich stets Menschen jeder Geschlechteridentität gemeint.

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller