

Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

- wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt -

- § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV
- §31 Abs. 1 Nr. Ärzte-ZV
- § 118 Abs. 1 SGB V
- § 118a SGB V
- §119 SGB V
- § 119a SBB V
- sonstiges

Prüfung von:

Antrag auf Ermächtigung einer ärztlich geleiteten Einrichtung

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem werden unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Name des Krankenhauses, des Instituts bzw. der Einrichtung

ggf. Name der zu ermächtigenden Einrichtung / Abteilung

Ärztlicher Leiter

Anschrift

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Es handelt sich um einen:

Neuantrag

Hinweis: Die Urkunden sind in Kopie einzureichen und verbleiben bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

- Bescheinigungen des ärztlichen Leiters:
 - Approbation als Arzt
 - Promotion und ggf. andere Titel
 - Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzbezeichnung
- Angaben zum Arzt, der im Rahmen der Ermächtigung tätig werden möchte (Seiten 5 bis 7)

Antrag auf Erweiterung der bestehenden Ermächtigung

Folgeantrag nach Fristablauf der Ermächtigung

Ärzte, die in der ermächtigten Einrichtung tätig sind:

Hinweis: Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie diese Seite bitte in ausreichender Anzahl.

- Achtung:** Eine Leistungsabrechnung von **Ärzten in Weiterbildung** ist im Rahmen der Instituts-ermächtigung **nicht** möglich (Richtlinie der KBV zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern).

Für Ärzte, die der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bisher noch nicht genannt wurden, sind die Antragsseiten 5 bis 7 zusätzlich auszufüllen.

ggf. Titel, Vorname, Nachname <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>																								
Fachgebiet <input style="width: 90%; height: 25px;" type="text"/>		Geburtsdatum <table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
tätig ab <table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>							tätig bis <table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>							LANR (falls vorhanden) <table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>										
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt <input type="checkbox"/> hausärztlich. oder <input type="checkbox"/> fachärztlich.																								

ggf. Titel, Vorname, Nachname <input style="width: 100%; height: 25px;" type="text"/>																								
Fachgebiet <input style="width: 90%; height: 25px;" type="text"/>		Geburtsdatum <table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>																						
Tätig ab <table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>							Tätig bis <table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>							LANR (falls vorhanden) <table border="1" style="width: 100%; height: 25px;"><tr><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td></tr></table>										
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt <input type="checkbox"/> hausärztlich. oder <input type="checkbox"/> fachärztlich.																								

ggf. Titel, Vorname, Nachname

--

Fachgebiet

--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

tätig ab

--	--	--	--	--	--

tätig bis

--	--	--	--	--	--

LANR (falls vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die ambulante Leistungserbringung erfolgt

- hausärztlich. **oder** fachärztlich.

Angaben zur Ermächtigung

➔ Bitte fügen Sie diesem Antragsformular ein gesondertes maschinengeschriebenes Schreiben zu den folgenden Punkten 1. und 2. bei:

1. Beantragter Ermächtigungsumfang

Spezifizieren Sie genau, für welche Leistungen die Einrichtung ermächtigt werden möchte. Beachten Sie dabei, dass Sie im Falle einer festgestellten Versorgungslücke in der Regel nur auf Überweisung durch Vertragsärzte tätig werden können.

Für welchen Überweiserkreis soll Ihre Ermächtigung gelten?

Für den Fall, dass Sie Kinder und Jugendliche betreuen möchten, geben Sie bitte die entsprechenden Altersgruppen an:

- Neugeborene bis zum vollendeten 28. Lebensstag
- Säuglinge ab Beginn des 29. Lebensstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
- Kleinkinder ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kinder ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendliche ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

2. Begründung des besonderen Versorgungsbedarfs

Warum ist die von Ihnen beantragte Ermächtigung unerlässlich, um die Versorgung der Patienten mit den von Ihnen beantragten Leistungen sicherzustellen?

Angaben zur ambulanten spezialärztlichen Tätigkeit

Name des Krankenhauses, des Instituts bzw. der Einrichtung

Wir,

--

- nehmen nicht an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V teil.
- sind Mitglied in folgenden ASV-Teams:

Wir versichern, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werden wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

Hinweis: Bitte beachten Sie das Informationsblatt zu den Abrechnungsgenehmigungen.

Uns ist bekannt, dass alle genehmigungspflichtigen Leistungen erst ab dem Tag erbracht und abgerechnet werden dürfen,

- ➔ an dem die Einrichtung die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Ermächtigung) durch den Zulassungsausschuss erhalten hat und
- ➔ an dem uns für beantragte Leistungen der Genehmigungsbescheid der KV Hamburg zugegangen ist.

Gebühren

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 120,00 € fällig (§ 46 Abs. 1c Ärzte-ZV).

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 120,00 € fällig. Bitte überweisen Sie auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06, , BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "Ermächtigungsantrag für..."

Bitte beachten Sie: Eine Zahlung der Gebühr kann Ihrem Antrag nur zugeordnet werden, wenn Sie den vorgegebenen Verwendungszweck mit dem Namen des Antragstellers angeben.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bei Erteilung der Ermächtigung wird eine Verwaltungsgebühr von 400,00 € durch die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erhoben. Sollten Sie noch kein oder ein nicht ausreichend gedecktes Honorarkonto bei der KVH haben, erhalten Sie nach erteilter Ermächtigung eine Zahlungsaufforderung. Dies gilt nur für ermächtigte Einrichtungen nach § 31 Ärzte-ZV.

Sofern die Einrichtung bereits ein Honorarkonto bei der KVH hat, erklären wir uns damit einverstanden, dass die nach erfolgter Ermächtigung an den Zulassungsausschuss zu zahlende Gebühr von **400,00 €** von unserem aktuell gültigen Honorar-Konto bei der KVH abgebucht wird.

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Angaben zum Arzt, der zukünftig im Rahmen der Ermächtigung tätig werden möchte

Hinweis: Die Seiten 5 bis 7 sind für jeden Arzt einzureichen. Bitte kopieren Sie die Seiten bei Bedarf.

- ➔ **Achtung:** Eine Leistungsabrechnung von **Ärzten in Weiterbildung** ist im Rahmen der Instituts-ermächtigung **nicht** möglich (Richtlinie der KBV zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern).

Familienname

Vorname(n)

Privatanschrift

Titel

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--

tätig ab

--	--	--	--	--	--

tätig bis

--	--	--	--	--	--

Geburtsname

Rufname(n)

PLZ

Ort

--	--	--	--	--	--

Geburtsort

Geschlecht

- männlich weiblich

LANR (falls vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

- ➔ Sofern Sie in einem Arztregister eingetragen sind:
- ➔ Arztregisterauszug
- ➔ Sofern Sie nicht in einem Arztregister eingetragen sind:
- ➔ Approbation als Arzt
 - ➔ Promotion und ggf. andere Titel
 - ➔ Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzbezeichnung
- ➔ Erklärung, welche genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen (Seiten 6 und 7)

Erklärung über die genehmigungspflichtigen Leistungen, die im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden sollen (nur auszufüllen bei erstmaliger Beantragung einer Ermächtigung)

ggf. Titel, Vorname, Name des tätigen Arztes

- Ich beabsichtige, im Rahmen der beantragten Ermächtigung keine genehmigungspflichtigen Leistungen zu erbringen.
- Ich beabsichtige, im Rahmen der beantragten Ermächtigung folgende Leistungen zu erbringen, für die ich **vor** Erteilung der Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss **bei der KV Hamburg**, Abteilung **Genehmigung, eine Genehmigung beantragen** werde:

Hinweis: Die benötigten Antragsformulare finden Sie auf der Homepage der KVH (www.kvhh.de) unter „Formulare“, dort im Glossar unter dem jeweiligen Stichwort.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abklärungskoloskopie | <input type="checkbox"/> Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischen Fuß |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren | <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe |
| <input type="checkbox"/> Apherese | <input type="checkbox"/> Kardioversion |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie | <input type="checkbox"/> Koloskopie |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training | |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie | |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie | <input type="checkbox"/> Laboruntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM) |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag | <input type="checkbox"/> Laserverfahren des benignen Prostatasyndroms (bPs) |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom | <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lipödem Stadium III |
| <input type="checkbox"/> Disease-Management-Programme | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik |
| a) <input type="checkbox"/> Asthma / COPD | <input type="checkbox"/> MRSA |
| b) <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> MRGN |
| c) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| d) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Neugeborenen Screening nach Anlage 2 der Kinder-Richtlinie |
| e) <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie | <input type="checkbox"/> Nichtärztliche Praxisassistenten |
| <input type="checkbox"/> EMDR | <input type="checkbox"/> Onkologie |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Hand | <input type="checkbox"/> Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Versorgung | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionsmessung |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich / Kinder- und Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2) |
| <input type="checkbox"/> Hautarztzentrierte Versorgung | <input type="checkbox"/> Palliativmedizinische Versorgung |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening | <input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie im Rahmen des Hautkrebs-Screenings | <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie |
| <input type="checkbox"/> HIV/Aids; HIV/PrEP | <input type="checkbox"/> Physikalisch-medizinische Leistungen |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene / Kinder | <input type="checkbox"/> Pneumologischer Komplex (nur für Kinderärzte) |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Polygraphie |
| | <input type="checkbox"/> Polysomnographie |
| | <input type="checkbox"/> Pränataltest Rhesus D (Beratung) |

- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Psychosomatische Grundversorgung
- Psychotherapie:
 - a) Verhaltenstherapie
 - b) Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
 - c) Analytische Psychotherapie
 - d) Systemische Therapie
- Qualitätszirkelerkennung
- Radiologie:
 - a) Computertomographie
 - b) Interventionelles Röntgen
 - c) invasive Kardiologie
 - d) Knochendichtenmessung
 - e) Konventionelles Röntgen
 - f) Mammographie
 - g) MRT: - Allgemeines MRT; - MRT der Brustdrüse; - MR Angiographie
 - h) Nuklearmedizin
 - i) PET-CT
 - j) Strahlentherapie
 - k) Vakuumbiopsie der Brust
 - l) LDR-Brachytherapie
- Rheuma
- Rhythmusimplantatkontrolle
- Schmerztherapie
- Sozialpädiatrie
- Sozialpsychiatrie
- Soziotherapie
- Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger
- Transurethrale Therapie mit Botulinum
- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ)
- Ultraschalldiagnostik
- Umweltmedizin
- Untersuchungen der Sprachentwicklung
- Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger)
- Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)
- Zervix-Zytologie
- Zweitmeinungsverfahren
 - a) Tonsillektomie, Tonsillotomien
 - b) Hysterektomie
 - c) Schulterarthroskopie
 - d) Implantation einer Knieendoprothese
 - e) Amputation bei Diabet. Fußsyndrom
 - f) Eingriffe an der Wirbelsäule

Ich bin damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses diese Erklärung an die Abteilung Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg weiterleitet und diese dem Zulassungsausschuss eine Kopie meines Genehmigungsbescheides übersendet.

Ort und Datum

Unterschrift des tätigen Arztes

Name in Druckbuchstaben