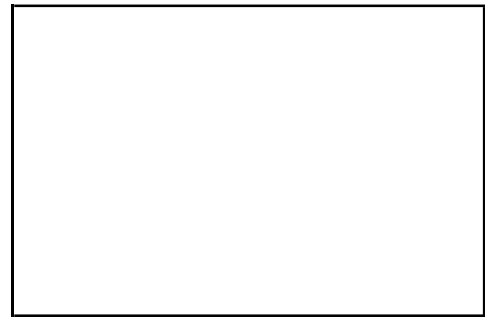


Zulassungsausschuss für Ärzte  
- Hamburg -  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Praxisstempel

## 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 Vertragspsychotherapeuten (einschließlich 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: <https://www.kvhh.net/de/praxis/recht-vertraege/datenschutz.html>. 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**

					Hamburg
--	--	--	--	--	---------

**Telefon**

**Fax**

**E-Mail**

**Es handelt sich um einen:**

☐ **Neuantrag**

**Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:**

**Hinweis:** Die Urkunden sind in Kopie einzureichen.

- ➔ Bescheinigungen des ärztlichen Leiters:
  - ➔ Approbation als Arzt
  - ➔ Promotion und ggf. andere Titel
  - ➔ Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzbezeichnung
- ➔ Angaben zu **neuen Ärzten**, die im Rahmen der Ermächtigung tätig werden sollen (S. 5 bis 7)

☐ **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 Institutsermächtigung nicht möglich (Richtlinie der KBV zur Vergabe der Arzt-, Betriebssätten- 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 <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	
Fachgebiet <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	Geburtsdatum <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>
tätig ab <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>	LANR (falls vorhanden) <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt <input type="checkbox"/> hausärztlich. <b>oder</b> <input type="checkbox"/> fachärztlich.	

ggf. Titel, Vorname, Nachname <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	
Fachgebiet <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	Geburtsdatum <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>
tätig ab <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>	LANR (falls vorhanden) <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt <input type="checkbox"/> hausärztlich. <b>oder</b> <input type="checkbox"/> fachärztlich.	

ggf. Titel, Vorname, Nachname <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	
Fachgebiet <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	Geburtsdatum <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>
tätig ab <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>	LANR (falls vorhanden) <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt <input type="checkbox"/> hausärztlich. <b>oder</b> <input type="checkbox"/> fachärztlich.	

ggf. Titel, Vorname, Nachname <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	
Fachgebiet <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div>	Geburtsdatum <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>
tätig ab <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>	LANR (falls vorhanden) <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div><div style="width: 15%; text-align: center;">.</div></div>
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt <input type="checkbox"/> hausärztlich. <b>oder</b> <input type="checkbox"/> fachärztlich.	

**Bitte fügen Sie diesem Antrag Ihre schriftlichen Ausführungen zu den folgenden Punkten**

**1. und 2. im Original bei:**

**Hinweis: Erforderlich sowohl bei Neu- als auch bei Folgeanträgen!**

**1. Beantragter Ermächtigungsumfang**

Spezifizieren Sie genau, für welche Leistungen die Einrichtung ermächtigt werden soll.

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?**

**- Sofern Kinder und Jugendliche versorgt werden, Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- ☐ Neugeborene bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- ☐ Säuglinge ab Beginn des 29. Lebenstages 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?

**Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)**

Name des Krankenhauses, des Instituts bzw. der Einrichtung

Wir,

--

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


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.

**Erklärung**

**Wir versichern die RICHTIGKEIT UND VOLLSTÄNDIGKEIT unserer Angaben. Änderungen oder Ergänzungen werden wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.**

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

## **Gebühren**

Für diesen Antrag wird eine Gebühr in Höhe von **120,00 €** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Ärzte-ZV erhoben, die mit Stellung des Antrags fällig wird.

Diese soll wie folgt gezahlt werden:

☐ per Abbuchung von Ihrem bereits bestehenden Honorar-Konto bei der KVH

☐ per Überweisung auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank

IBAN DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck "EA NAME des Instituts"

**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

**Empfehlung:** Informieren Sie sich vor Antragstellung in der Abteilung Mitgliederservice und Beratung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter der Telefonnummer 040/22 80 2-802 über mögliche Auswirkungen auf Ihr Honorar.

## Angaben zum Arzt, der zukünftig im Rahmen der Ermächtigung tätig werden soll

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

Familienname

Vorname(n)

Privatanschrift

Titel

Geburtsdatum

		.		.		
--	--	---	--	---	--	--

tätig ab

		.		.		
--	--	---	--	---	--	--

Geburtsname

Rufname(n)

PLZ

Ort

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

Geburtsort

Geschlecht

☐ M ☐ W ☐ D

LANR (falls vorhanden)

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

### Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigelegt:

**Hinweis:** Die Urkunden sind in Kopie einzureichen.

- ➔ Sofern Sie in einem Arztregister eingetragen sind:
  - ➔ Arztregistrauszug
  
- ➔ 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)**

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](http://www.kvhh.de)) unter „Formulare“, dort im Glossar unter dem jeweiligen Stichwort.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie  | <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung   |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur   | <input type="checkbox"/> Hautkrebs-Screening (über 35 Jahre)   |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren   | <input type="checkbox"/> Histopathologie Hautkrebs-Screenings  |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie Leistungen  | <input type="checkbox"/> HIV/Aids; HIV/PrEP  |
| <input type="checkbox"/> Apherese   | <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene/Kinder   |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie   | <input type="checkbox"/> Homöopathie   |
| <input type="checkbox"/> ATMP   | <input type="checkbox"/> Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fuß                                  |
| <input type="checkbox"/> Ausserklinische Intensivpflege (Potenzialerhebung)   | <input type="checkbox"/> Hypnose   |
| <input type="checkbox"/> Ausserklinische Intensivpflege Verordnung (Hausärzte)                                      | <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamenteneingabe   |
| <input type="checkbox"/> Autogenes Training   | <input type="checkbox"/> Koloskopie  |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie  | <input type="checkbox"/> Laboratoriumsuntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM)                                    |
| <input type="checkbox"/> CAR-T-Zell-Therapie-Nachsorge  | <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG  |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie/Manuelle Medizin   | <input type="checkbox"/> Laserverfahren des benignen Prostatasyndroms (bPS)                                  |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie  | <input type="checkbox"/> Liposuktion bei Lipödem   |
| <input type="checkbox"/> Dialyse und Versorgungsauftrag   | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik  |
| <input type="checkbox"/> Diabetisches Fußsyndrom  | <input type="checkbox"/> MRSA  |
| <input type="checkbox"/> Disease-Management-Programme   | <input type="checkbox"/> Neugeborenen-Screening nach Anlage 2 der Kinder-Richtlinie                          |
| a) <input type="checkbox"/> Asthma / COPD   | <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie  |
| b) <input type="checkbox"/> Brustkrebs  | <input type="checkbox"/> Nicht-ärztliche Praxisassistenten   |
| c) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1   | <input type="checkbox"/> NIPT Rhesus D und Trisomie 13, 18, 21   |
| d) <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2   | <input type="checkbox"/> Onkologie   |
| e) <input type="checkbox"/> KHK   | <input type="checkbox"/> Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen (Hausärzte) |
| f) <input type="checkbox"/> Osteoporose   | <input type="checkbox"/> Otoakustische Emissionsmessung  |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie  |  |
| <input type="checkbox"/> EMDR   |  |
| <input type="checkbox"/> Funktionsstörung der Hand  |  |
| <input type="checkbox"/> Geriatrische Versorgung  |  |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich / Kinder- und Jugendmedizin |  |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2)                             | j) <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin                                |
| <input type="checkbox"/> Palliativmedizinische Versorgung                                   | k) <input type="checkbox"/> PET-CT  |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung   | l) <input type="checkbox"/> Stereotaktische Radiochirurgie                |
| <input type="checkbox"/> Photodynamische Therapie am Augenhintergrund                       | m) <input type="checkbox"/> Strahlentherapie                              |
| <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie                                   | n) <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brust                       |
| <input type="checkbox"/> Physikalisch-medizinische Leistungen                               |   |
| <input type="checkbox"/> Pneumologischer Komplex (belegärztl. Kinderärzte)                  | <input type="checkbox"/> Rhythmusimplantatkontrolle                       |
| <input type="checkbox"/> Polygraphie  | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie                                  |
| <input type="checkbox"/> Polysomnographie   | <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrie                                  |
| <input type="checkbox"/> Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson                         | <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrie                                |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrische und Psychotherapeutische Komplexbehandlung          | <input type="checkbox"/> Soziotherapie                                    |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung                                   | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen           |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie:  | <input type="checkbox"/> Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger         |
| a) <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie                                      | <input type="checkbox"/> Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ)        |
| b) <input type="checkbox"/> Systemische Therapie  | <input type="checkbox"/> Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin       |
| c) <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie                    | <input type="checkbox"/> Ultraschalldiagnostik                            |
| d) <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie  | <input type="checkbox"/> Untersuchungen der Sprachentwicklung (Hausärzte) |
| <input type="checkbox"/> Qualitätszirkelanerkennung   |   |
| <input type="checkbox"/> Radiologie:  | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger)   |
| a) <input type="checkbox"/> CCTA - CT-Koronarangiographien                                  | <input type="checkbox"/> Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)         |
| b) <input type="checkbox"/> Computertomographie   | <input type="checkbox"/> Zervix-Zytologie                                 |
| c) <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie                                     | <input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren                           |
| d) <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie  |   |
| e) <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung  |   |
| f) <input type="checkbox"/> Konventionelles Röntgen   |   |
| g) <input type="checkbox"/> LDR-Brachytherapie  |   |
| h) <input type="checkbox"/> Mammographie  |   |
| i) <input type="checkbox"/> MRT: - Allgemeines MRT; - MRT der Brustdrüse; - MR Angiographie |   |

**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