

Arztstempel
-------------

**Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen  
bei einer Anstellung bei einem Arzt / bei einer BAG / in einem MVZ**

**Allgemeine Hinweise:**

Im Zuge einer Anstellung eines Arztes bei einem Arzt / bei einer BAG / in einem MVZ können alle bisherigen Genehmigungen, die von der KV Hamburg erteilt wurden, übernommen werden. Die betreffenden Leistungen müssen lediglich auf dem Formular angekreuzt und der KV Hamburg rechtzeitig vor Aufnahme der Tätigkeit übermittelt werden. Die Übernahme der bisherigen Genehmigungen ist ausgeschlossen, wenn sich zwischenzeitlich die Genehmigungsvoraussetzungen geändert haben, das Anstellungsfachgebiet oder die Versorgungsebene (hausärztlich/fachärztlich) gewechselt wird.

Leistungen, für die noch keine Genehmigungen erteilt wurden, können mit diesem Formular nicht beantragt werden. Hierfür sind die entsprechenden Antragsformulare unter:

[www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → -Formulare zu finden.

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

**Antragsteller**

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte


**Die Antragstellung erfolgt für**

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

- Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Ermächtigter Arzt    Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen:

\_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

[www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → Formulare

## Folgende genehmigungspflichtige Leistungen sollen übernommen werden:

Für diese Leistungen müssen keine weiteren Nachweise eingereicht werden).

- Apherese
- Akupunktur
- Autogenes Training
- Chirotherapie
- Dermatohistologie
- Diabetisches Fußsyndrom
- EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)
- Funktionsstörung der Hand
- Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich / Kinder-Jugendmedizin
- Hausarztzentrierte Versorgung
- Hautkrebs-Screening
- HIV/Aids
- Hörgeräteversorgung Erwachsene
- Hörgeräteversorgung Kinder
- Homöopathie
- Hypnose
- MRSA
- MRGN
- Mukoviszidose
- Neuropsychologische Therapie
- Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen
- Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2)
- Physikalisch-medizinische Leistungen
- Pränataltest Rhesus D (Beratung)
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- Psychosomatische Grundversorgung

### Psychotherapie

- Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Rheuma
- Sozialpädiatrie
- Soziotherapie
- Substitutionsbehandlung
- Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- Umweltmedizin
- Untersuchungen der Sprachentwicklung
- Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger)
- Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)
- Zervix-Zytologie
- Zweitmeinungsverfahren

Für folgende genehmigungspflichtigen Leistungen müssen **weitere Nachweise** eingereicht werden:

<sup>1</sup> Angaben zu den betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen (siehe Seite 4).

<sup>2</sup> Vordrucke sind unter [www.kvvh.net](http://www.kvvh.net) → Formulare → Übernahmeantrag bei Statuswechsel abrufbar

- Ambulantes Operieren<sup>2</sup>
  - Anästhesien<sup>2</sup>
  - Arthroskopie<sup>1</sup>
  - Balneophototherapie<sup>1</sup>
  - Dialyse und Versorgungsauftrag<sup>2</sup>
  - Pflegeheimversorgung
  - Photodynamische Therapie am Augenhintergrund<sup>1</sup>
  - Phototherapeutische Keratektomie<sup>1</sup>
  - Polygraphie<sup>1</sup>
  - Polysomnographie<sup>1</sup>
- ### Disease-Management-Programme<sup>1</sup>
- Asthma/COPD
  - Brustkrebs
  - Diabetes mellitus Typ 1
  - Diabetes mellitus Typ 2
  - KHK
  - DMP Schulungsgemeinschaft
  - Schulung
- Dünndarm-Kapselendoskopie<sup>1</sup>
  - Geriatrische Versorgung<sup>2</sup>
  - Hepatitis C – Strukturvertrag<sup>2</sup>
  - Histopathologie beim Hautkrebs-Screening<sup>1</sup>
  - Hyperbare Sauerstofftherapie<sup>1</sup>
  - Intravitreale Medikamenteneingabe<sup>1</sup>
  - Kardioversion<sup>1</sup>
  - Koloskopie<sup>1</sup>
  - Laboruntersuchungen (Spezial-Labor)<sup>2</sup>
  - Langzeit-EKG<sup>1</sup>
  - Liposuktion bei Lipödem im Stadium 3<sup>1</sup>
  - Molekulargenetik<sup>2</sup>
  - Nicht-ärztliche Praxisassistenten<sup>2</sup>
  - Onkologie (Teilnahme an Onkologie-Vereinbarung)<sup>2</sup>
  - Otoakustische Emissionsmessung<sup>1</sup>
  - Radiologie<sup>1</sup>
  - Brachytherapie (LDR)
  - Computertomographie
  - Interventionelles Röntgen
  - Invasive Kardiologie
  - Knochendichtemessung
  - Konventionelles Röntgen
  - Mammographie
  - MR Angiographie
  - MRT - Allgemein
  - MRT - Brustdrüse
  - Nuklearmedizin
  - PET-CT
  - Strahlentherapie
  - Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
  - Vakuumbiopsie der Brust
  - Rhythmusimplantat-Kontrolle<sup>1</sup>
  - Sozialpsychiatrie<sup>2</sup>
  - Schmerztherapie<sup>1</sup>
  - schmerztherapeutische Einrichtung
  - Ultraschalldiagnostik<sup>1</sup>

### **Betriebsstättenbezogene Anforderungen**

Der Antragsteller bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die apparativen, hygienischen, personellen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen der entsprechenden Vereinbarung/Richtlinie in der Praxis erfüllt sind.

### **Einverständniserklärung zur Praxisbegehung**

Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die jeweils zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die apparativen, hygienischen, räumlichen und/oder organisatorischen Voraussetzungen der entsprechenden Vereinbarung/Richtlinie in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen entsprechen. Genehmigungen können nur erteilt werden, wenn das Einverständnis vorliegt.

### **Rechtlicher Hintergrund**

Die entsprechenden Richtlinien/Vereinbarungen und Informationen finden Sie unter:  
[www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → Formulare

### **Hinweise**

- Genehmigungspflichtige Leistungen dürfen erst ausgeführt und abgerechnet werden, wenn die KV Hamburg entsprechende schriftliche Genehmigungen dazu erteilt hat. Leistungen, die vor dem Erhalt einer Genehmigung erbracht werden, können nicht vergütet werden.
- Die Genehmigungen werden arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt. Sollen genehmigungspflichtige Leistungen in Zweigpraxen und/oder Nebenbetriebsstätten erbracht werden, muss diese Tätigkeit vom Arztregister der KV Hamburg genehmigt worden sein.
- Apparategemeinschaften und ausgelagerte Praxisteile müssen bei der Geschäftsstelle Genehmigung gesondert angezeigt werden. Die entsprechenden Formulare finden Sie [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → Formulare

### **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 technischen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040/ 22 802-900.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

---

Datum

---

Unterschrift des Antragsteller

---

Name in Druckbuchstaben

Anlage zum Antrag von: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname, Titel LANR

**Genehmigungspflichtige Leistungen mit betriebsstättenbezogenen Anforderungen**

Genehmigungspflichtige Leistungen	Standort / Betriebsstätten-Nr. Adresse	Gerätebezeichnung	Baujahr	Geräte-Nr. / Serien-Nr.	Hersteller / Vertreiber	KV-Reg.Nr. (falls vorhanden)

**Hinweise:**

- ➔ Bitte berücksichtigen Sie, dass die Genehmigung für betriebsstättenbezogene Leistungen erst erteilt werden kann, wenn die erforderlichen Angaben in der oben aufgeführten Tabelle gemacht werden.
- ➔ Bei neuen Geräten ist dem Antrag ein vereinbarungs-/richtlinienkonformer Nachweis (Gerätenachweisformular bzw. Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung) beizufügen. Die Gerätenachweisformulare finden Sie unter [www.kvhh.net](http://www.kvhh.net) ➔ Formulare
- ➔ Jeder, der eine Röntgeneinrichtung eigenverantwortlich verwendet oder dafür bereithält, bedarf der Genehmigung oder muss die beabsichtigte Tätigkeit bei der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz – Referat Strahlenschutz – anzeigen. Dies gilt auch, wenn bereits genehmigte Einrichtungen durch weitere oder andere Ärzte eigenverantwortlich verwendet werden sollen (Wechsel der Betreibers) oder bei der Gründung einer Apparategemeinschaft. In allen Fällen ist der Ärztlichen Stelle / KV Hamburg eine **Anzeibestätigung der Behörde** vorzulegen.

**Unterschriftenformular zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften aller BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel