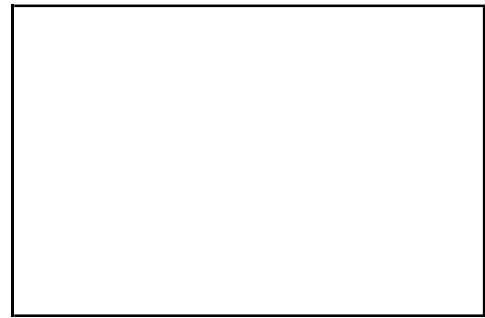


Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



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 	
Fachgebiet 	Geburtsdatum . .
tätig ab . .	LANR (falls vorhanden) . .
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt ☐ hausärztlich. oder ☐ fachärztlich.	

ggf. Titel, Vorname, Nachname 	
Fachgebiet 	Geburtsdatum . .
tätig ab . .	LANR (falls vorhanden) . .
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt ☐ hausärztlich. oder ☐ fachärztlich.	

ggf. Titel, Vorname, Nachname 	
Fachgebiet 	Geburtsdatum . .
tätig ab . .	LANR (falls vorhanden) . .
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt ☐ hausärztlich. oder ☐ fachärztlich.	

ggf. Titel, Vorname, Nachname 	
Fachgebiet 	Geburtsdatum . .
tätig ab . .	LANR (falls vorhanden) . .
Die ambulante Leistungserbringung erfolgt ☐ hausärztlich. oder ☐ 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. Lebensjahres 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) unter „Formulare“, dort im Glossar unter dem jeweiligen Stichwort.

- | | |
|--|---|
| ☐ Abklärungskolposkopie | ☐ HIV/Aids; HIV/PrEP |
| ☐ Akupunktur | ☐ Hörgeräteversorgung Erwachsene / Kinder |
| ☐ Ambulantes Operieren | ☐ Homöopathie |
| ☐ Anästhesie Leistungen | ☐ Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischen Fuß |
| ☐ Apherese | ☐ Hypnose |
| ☐ Arthroskopie | |
| ☐ Ausserklinische Intensivpflege (Potenzialerhebung) | ☐ Intravitreale Medikamenteneingabe |
| ☐ Ausserklinische Intensivpflege Verordnung (Hausärzte) | |
| ☐ Autogenes Training | ☐ Koloskopie |
| | |
| ☐ Balneophototherapie | ☐ Laboruntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM) |
| | ☐ Langzeit-EKG |
| ☐ Chirotherapie/Manuelle Medizin | ☐ Laserverfahren des benignen Prostatasyndroms (bPs) |
| | ☐ Liposuktion bei Lipödem Stadium III |
| ☐ Dermatohistologie | |
| ☐ Dialyse und Versorgungsauftrag | ☐ Molekulargenetik |
| ☐ Diabetisches Fußsyndrom | ☐ MRSA |
| ☐ Disease-Management-Programme | ☐ MRGN |
| a) ☐ Asthma / COPD | |
| b) ☐ Brustkrebs | ☐ Neugeborenen Screening nach Anlage 2 |
| c) ☐ Diabetes mellitus Typ 1 | der Kinder-Richtlinie |
| d) ☐ Diabetes mellitus Typ 2 | ☐ Neuropsychologische Therapie |
| e) ☐ KHK | ☐ Nichtärztliche Praxisassistenten |
| f) ☐ Osteoporose | ☐ NIPT Rhesus D und Trisomie 13, 18, 21 |
| ☐ Dünndarm-Kapselendoskopie | |
| | ☐ Onkologie |
| ☐ EMDR | ☐ Orientierende entwicklungsneurologische |
| (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing) | Untersuchung eines Neugeborenen (Hausärzte) |
| | ☐ Otoakustische Emissionsmessung |
| ☐ Funktionsstörung der Hand | |
| | ☐ Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2) |
| ☐ Geriatrische Versorgung | ☐ Palliativmedizinische Versorgung |
| ☐ Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen | ☐ Pflegeheimversorgung |
| Versorgungsbereich / Kinder- und Jugendmedizin | ☐ Photodynamische Therapie am Augenhintergrund |
| | ☐ Phototherapeutische Keratektomie |
| ☐ Hausarztzentrierte Versorgung | ☐ Physikalisch-medizinische Leistungen |
| ☐ Hautkrebs-Screening | ☐ Pneumologischer Komplex (nur für Kinderärzte) |
| ☐ Histopathologie Hautkrebsscreenings | ☐ Polygraphie |

- | | |
|--|--|
| ☐ Polysomnographie | ☐ Rheuma (Zuschlag 99012) |
| ☐ Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson | ☐ Rhythmusimplantatkontrolle |
| ☐ Psychiatrische und Psychotherapeutische
Komplexbehandlung | ☐ Schmerztherapie |
| ☐ Psychosomatische Grundversorgung | ☐ Sozialpädiatrie |
| ☐ Psychotherapie: | ☐ Sozialpsychiatrie |
| a) ☐ Verhaltenstherapie | ☐ Soziotherapie |
| b) ☐ Tiefenpsychologisch fundierte
Psychotherapie | ☐ Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| c) ☐ Analytische Psychotherapie | ☐ Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger |
| d) ☐ Systemische Therapie | ☐ Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin |
| ☐ Qualitätszirkelanerkennung | ☐ Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ) |
| ☐ Radiologie: | ☐ Ultraschalldiagnostik |
| a) ☐ Computertomographie | ☐ Untersuchungen der Sprachentwicklung (Hausärzte) |
| b) ☐ CCTA - CT-Koronarangiographien | ☐ Vermeidung von Frühgeburten
(gesund schwanger) |
| c) ☐ Interventionelles Röntgen | ☐ Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby) |
| d) ☐ Invasive Kardiologie | ☐ Zervix-Zytologie |
| e) ☐ Knochendichtennmessung | ☐ Zweitmeinungsverfahren |
| f) ☐ Konventionelles Röntgen | |
| g) ☐ Mammographie | |
| h) ☐ MRT: - Allgemeines MRT; - MRT der
Brustdrüse; - MR Angiographie | |
| i) ☐ Nuklearmedizin | |
| j) ☐ PET-CT | |
| k) ☐ Strahlentherapie | |
| l) ☐ Vakuumbiopsie der Brust | |
| m) ☐ LDR-Brachytherapie | |
| n) ☐ Stereotaktische Radiochirurgie | |

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