

Arztstempel / Praxisstempel

Antrag auf Übernahme genehmigungspflichtiger Leistungen bei einer Anstellung bei einem Arzt / 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 - Formulare zu finden.

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

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für 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

angestellter Arzt

ermächtigter Arzt

Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen:

_____ Name, Telefonnummer, E-Mail

Folgende genehmigungspflichtigen Leistungen sollen übernommen werden:

Für diese Leistungen müssen keine weiteren Nachweise eingereicht werden.

- Akupunktur
- Apherese
- Außerklinische Intensivpflege
- Autogenes Training
- Chirotherapie/ manuelle Medizin
- Dermatohistologie
- Diabetisches Fußsyndrom
- EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)
- Funktionsstörung der Hand
- Gynäkologische Leistungen im **hausärztlichen** Versorgungsbereich / Kinder-Jugendmedizin
- Hausarztzentrierte Versorgung Knappschaft
- Hautkrebs-Screening
- Histopathologie beim Hautkrebs-Screening
- HIV/Aids
- Hörgeräteversorgung Erwachsene
- Hörgeräteversorgung Kinder
- Homöopathie
- Hypnose
- MRSA
- MRGN
- Neuropsychologische Therapie

- Nicht invasiver Pränataltest (Beratung)(NIPT)
- Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen (Hausarzt)
- Pädiatrische Versorgung (U10, U11, J2)
- Physikalisch-medizinische Leistungen
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen
- Psychosomatische Grundversorgung

Psychotherapie

- Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- analytische Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Rheuma (Zuschlagsziffer 99012)
- Sozialpädiatrie
- Soziotherapie
- Substitutionsbehandlung
- Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin
- Untersuchung der Sprachentwicklung (Hausarzt)
- Vermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger)
- Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)
- Zervix-Zytologie
- Zweitmeinungsverfahren

Für diese Leistungen müssen weitere Nachweise eingereicht werden:

- Abklärungskolposkopie¹
- Ambulantes Operieren^{1,3}
 - Anästhesien¹
- Arthroskopie¹
- Balneophototherapie¹
- Dialyse und Versorgungsauftrag²

Disease-Management-Programme¹

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Schulung |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Schulung |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Schulung |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Schulung |
| <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Schulung |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Schulung |
| <input type="checkbox"/> DMP Schulungsgemeinschaft | |
- Dünndarm-Kapselendoskopie¹
 - Geriatrische Versorgung²
 - Intravitreale Medikamenteneingabe¹

- Koloskopie¹
- Laboruntersuchungen (Spezial-Labor)¹
- Langzeit-EKG¹
- Liposuktion bei Lipödem im Stadium III¹
- Molekulargenetik²
- Nicht-ärztliche-Praxisassistenten²
- Onkologie (Teilnahme an der Onkologievereinbarung)²
- Otoakustische Emissionen¹
- Palliativmedizinische Versorgung²
- Pflegeheimversorgung²
- Photodynamische Therapie a. Augenhintergrund¹
- Phototherapeutische Keratektomie¹
- Polygraphie¹
- Polysomnographie¹
- Rhythmusimplantat-Kontrolle¹
- Sozialpsychiatrie¹
- Schmerztherapie²
 - schmerztherapeutische Einrichtung
- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz¹
- Ultraschalldiagnostik¹

Radiologie¹

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brachytherapie | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie | <input type="checkbox"/> PET-CT |
| <input type="checkbox"/> CT-gesteuerte Intervention ² | <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik |
| <input type="checkbox"/> CCTA (CT-Koronarangiographie) | <input type="checkbox"/> bildwandlergestützte Intervention ² |
| <input type="checkbox"/> Interventionelle Radiologie | <input type="checkbox"/> Durchleuchtungen |
| <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie |
| <input type="checkbox"/> Knochendichtemessung | <input type="checkbox"/> Stereotaktische Radiochirurgie |
| <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen |
| <input type="checkbox"/> MR Angiographie | <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brust |
| <input type="checkbox"/> MRT - Allgemein | |
| <input type="checkbox"/> MRT - Mamma | |

¹ Angaben zu den betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen (s. Seite 5)

² Vordrucke sind unter www.kvhh.net - Formulare - Übernahmeantrag bei Statuswechsel - Beiblätter abrufbar

³ Handelt es sich um einen neuen OP-Raum, muss ein vollst. OP-Antrag (inkl. Hygieneplan) eingereicht werden.

Betriebsstättenbezogene Anforderungen

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

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- ➔ die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die apparativen, hygienischen, personellen, 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.

- ➔ die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KV Hamburg Unterlagen, die für die Bearbeitung relevant sind, aus dem Arztregister, aus dem Zulassungsausschuss sowie von der Ärztlichen Stelle der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Hamburg zur Bearbeitung heranziehen dürfen.

Rechtlicher Hintergrund

Die entsprechenden Richtlinien/Vereinbarungen und Informationen finden Sie unter:
www.kvhh.net - Formulare

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind
- dass Apparategemeinschaften und ausgelagerte Praxisteile bei der Abteilung Genehmigung gesondert angezeigt werden müssen. Die entsprechenden Formulare finden Sie unter: www.kvhh.net - Formulare.

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gem. Art.13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040/ 22 802 802.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum

Unterschrift Antragssteller

Name in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift Angestellter

Name in Druckbuchstaben

Anlage zum Antrag von:

Name, Vorname, Titel

LANR

Genehmigungspflichtige Leistungen mit betriebsstätten bezogenen 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 wurden.
- Bei neuen Geräten ist dem Antrag ein vereinbarungs-/richtlinienkonformer Nachweis (Gerätenachweisformular bzw. Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung) beizufügen. Die Gerätenachweisformulare finden Sie unter : www.kvhh.net - Formulare
- Jeder, der eine Röntgeneinrichtung eigenverantwortlich verwendet oder bereithält, bedarf der Genehmigung und muss die beabsichtigte Tätigkeit und das verwendete Gerät bei der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz - Referat Strahlenschutz - anzeigen. Dies gilt auch, wenn bereits genehmigte Geräte durch weitere oder andere Ärzte eigenverantwortlich verwendet werden sollen (Wechsel der Betreibers, bei der Gründung einer Apparategemeinschaft oder bei der Verlegung des Standorts). In allen Fällen ist die verwendete Röntgeneinrichtung der Ärztlichen Stelle zu melden. Der KV Hamburg ist eine **Anzeigebestätigung 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

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften aller BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. 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.

--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel