Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel/Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM

Allgemeine Hinweise:

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/ oder betriebsstättenbezogen erteilt.

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

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

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

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. _____ ☐

2. _____ ☐

3. _____ ☐

4. _____ ☐

Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- ➔ Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- ➔ voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- ➔ Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

☐ **Ich bin Facharzt für Laboratoriumsmedizin**
Ich beantrage alle Laborleistungen aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM sowie GOP 19328 EBM.

☐ **Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.**
Ich beantrage alle Laborleistungen aus den Abschnitten 32.3.7, 32.3.8, 32.3.9, 32.3.10, 32.3.11, 32.3.12 sowie die GOPen 01763, 01767, 01769, 01800, 01802, 01803, 01810, 01811, 01816, 01833, 01840, 01865, 01866, 01867, 01915, 01931 – 01936, 32172 – 32187, 32459 und 32460 EBM sowie GOP 19328, 32674, 32818, 32820 EBM.

☐ **Transfusionsmedizin**
Ich beantrage alle Laborleistungen aus den Abschnitten 32.3.6, 32.3.7, 32.3.15 sowie die GOPen 01800 – 01809, 01811, 01833, 01865, 01866, 01867, 01931 – 01935, 32504, 32505 (gebietsbezogen), 32510 und 32527 (gebietsbezogen) EBM.

☐ **Humangenetik oder verfüge über die Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik**
Ich beantrage alle Laborleistungen aus den Abschnitten 32.3.14 und 32.3.15 EBM.

☐ **Pathologie / Neuropathologie.**
Ich beantrage die Laborleistungen nach den GOPen 01763, 01767, 01769, 32825, und 32839 EBM sowie GOP 19328 EBM.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Andere Fachgruppen

☐ _____

Ich beantrage die nachstehenden Leistungen aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 EBM

Sollte die vorgegebene Tabelle für die Einträge micht ausreichen, bitte zusätzliches Blatt verwenden.

Abschnitt EBM	GOP	Untersuchungsverfahren	Untersuchungsmaterial je Analyt

Qualifikationsnachweise

- ➔ Facharzturkunde

- ➔ Zeugnisse über den Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für die jeweils beantragte(n) laboratoriumsmedizinische(n) Untersuchung(en), die
  - ➔ von dem zur jeweiligen Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein müssen

  und
  - ➔ insbesondere folgende Angaben enthalten sollen:
    - ➔ Überblick über die in der Einrichtung, in der die Weiterbildung stattfand angewandten labormedizinischen Methoden und untersuchten Parameter,
    - ➔ Aufstellung der vom Antragsteller unter Anleitung erbrachten und selbständig durchgeführten Laboratoriumsuntersuchungen und die dafür jeweils auf wendete Ausbildungszeit,
    - ➔ Nachweis über selbst durchgeführte Fehleranalyse- und Korrekturmaßnahmen.

- ➔ Konzept in Form einer kurzen schriftlichen Zusammenstellung zu den beantragten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen mit folgenden Inhalten:
  - ➔ Leistungsverzeichnis der durchgeführten Untersuchungsverfahren und der Untersuchungsmaterialien je Analyt,
  - ➔ Angaben zur räumlichen und technischen Ausstattung der geplanten Einrichtung
  - ➔ Angaben zur geplanten personellen Struktur der Einrichtung.

Alternativ: Gültige Akkreditierungsurkunde nach DIN EN ISO 15189 bzw. Aufzeichnungen über das bestehende interne Qualitätsmanagement für die angezeigten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Verpflichtungserklärung

☐ Der Antragsteller verpflichtet sich, für die Leistungserbringung die Anforderungen der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiliBÄK) zu erfüllen. D.h. insbesondere:

1. es wird ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem vorgehalten,
2. die angebotenen Verfahren und Analysen unterliegen einer kontinuierlichen internen Qualitätssicherung,
3. die angebotenen Leistungen werden von dafür nachweislich qualifizierten Personen durchgeführt und
4. eine externe Qualitätssicherung erfolgt durch regelmäßige Teilnahme an Ringversuchen.

Zudem wird sich verpflichtet, die Anforderungen gemäß § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor zu erfüllen.

Einverständniserklärung

☐ Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die interne und externe Qualitätssicherung gemäß § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

☐ Zudem erklärt sich der Antragsteller damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor entsprechen.

Genehmigungen können nur erteilt werden, wenn die Einverständnisse vorliegen!

Ausgelagerte Praxisräume

☐ Die beantragten Laborleistungen werden in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt.

- ☐ Die Anzeige zur Nutzung von ausgelagerten Praxisräumen ist anliegend beigefügt. (Anlage 2)
- ☐ Die abgeschlossene Nutzungsvereinbarung ist beigefügt. (siehe Hinweise Anlage 1)
- ☐ Die abgeschlossene Nutzungsvereinbarung liegt der KVHH bereits vor.

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber der KVHH auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" angezeigt werden.
Ausgelagerte Praxisräume sind z. B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen, eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/ MVZ gehören.
Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von speziellen Untersuchungen der Laboratoriumsmedizin (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor).

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen

- ☐ Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

  Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
  IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
  BIC: DAAEDEDDXXX
  Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

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 auf unserer Hompage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum	**Name in Druckbuchstaben**	**Unterschrift Antragsteller**

Datum	**Name in Druckbuchstaben**	**Unterschrift Angestellter**

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 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.

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

Hinweise
zur Nutzung einer fremden labortechnischen Infrastruktur
zur Durchführung der laboratoriumsmedizinischen Analysen von speziellen Laboratoriumsuntersuchungen aus den Abschnitten 32.3 und 1.7 des EBM

Die Nutzung ist unter folgenden Bedingungen möglich:
Die Nutzung ist der KVHH gegenüber mit dem Formular für die „Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils“ anzuzeigen und nur möglich, wenn die KVHH dies schriftlich bestätigt hat.

Die so erbrachten Laborleistungen können nur dann als eigenerbracht i. S. der persönlichen Leistungserbringung abgerechnet werden, wenn die nachfolgenden Bedingungen eingehalten sind:

1. Sie müssen mit demjenigen, der Ihnen seine labortechnische Infrastruktur zur Verfügung stellt, eine Nutzungsvereinbarung abschließen. Darin ist Folgendes verbindlich zu vereinbaren:

- ➔ Die Nutzung der Räumlichkeiten inkl. der Nutzungszeiten,
- ➔ die Nutzung der Geräte inkl. Regelungen zur Verantwortlichkeit für die Wartung der Analysegeräte und die Beschaffung der benötigten Reagenzien,
- ➔ die Gestellung von Personal,
- ➔ das Nutzungsentgelt.

2. Soweit es das gestellte Personal betrifft, welches den labortechnischen Teil der Laboruntersuchung durchführt, muss Ihnen in der Nutzungsvereinbarung eine Weisungsbefugnis eingeräumt sein.

3. Das Nutzungsentgelt muss der Höhe nach eine angemessene Gegenleistung für die eingeräumten Nutzungsrechte darstellen. (Bei unangemessenen Entgeltabsprachen - insbesondere Abreden zu Zuweisungs-/Kick-back-Zahlungen - besteht das Risiko einer Strafbarkeit nach § 299a StGB.)

4. Die genutzten Analysegeräte müssen am Tag der Durchführung des labortechnischen Teils der Laboruntersuchung vorbereitet und Testläufe, Kalibrierungen o. ä. erfolgreich absolviert sein. Hiervon müssen Sie sich vorab überzeugen.

5. Während der Durchführung des labortechnischen Teils der Laboruntersuchung müssen Sie in den genutzten Räumlichkeiten der Laborpraxis anwesend sein.

Bei ringversuchspflichtigen Laborleistungen sind Sie verpflichtet, an den in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (Rili-BÄK) vorgeschriebenen externen Qualitätskontrollen entsprechend der festgelegten Intervalle teilnehmen. Die Ringversuchszertifikate, die eine erfolgreiche Teilnahme bescheinigen, sind bei der KVHH gem. § 25 Abs. 7 des BMV-Ä elektronisch einzureichen.

Bitte beachten Sie, dass alle Tätigkeiten für Laboruntersuchungen in Ihrem Praxis-QM-Handbuch nach den Vorgaben der Rili-BÄK beschrieben sein müssen.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils

Allgemeine Hinweise:

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

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

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

Angaben zum ausgelagerten Praxisraum:

Bitte vollständige Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort) angeben

☐ im MVZ _____

☐ in der Praxis eines Kollegen _____

☐ in einem Krankenhaus _____

☐ eigener angemieteter Raum _____

Zur Bearbeitung der Anzeige werden folgende Angaben benötigt:

1. Leistungen, die in dem ausgelagerten Praxisteil erbracht werden:

(Bitte ankreuzen)

☐ genehmigungspflichtige Leistungen (eine Genehmigung der KVH liegt vor)

☐ Leistungen ohne Qualifikationsvorbehalt

(Bitte detailliert die 5-stelligen EBM-Gebührenordnungspositionen angeben – ggf. gesondertes Blatt beilegen)

GOP	**Leistungsbeschreibung**

2. Begründung/Erläuterung für die Auslagerung:

_____

_____

_____

3. Die Entfernung und Fahrzeit zwischen Vertragsarztsitz und dem Praxisteil beträgt: _____km _____Minuten.

4. Die Tätigkeitsaufnahme in dem ausgelagerten Praxisteil erfolgt zum: _____

Voraussetzungen

➔ Die Räumlichkeiten und die Ausstattung des ausgelagerten Praxisteils entsprechen den jeweiligen fachspezifischen Anforderungen.

➔ Ein ausgelagerter Praxisteil darf keine Anmeldung enthalten.

➔ In einem ausgelagerten Praxisteil dürfen keine Termine mit dem Patienten abgestimmt oder Verwaltungsaufgaben der Praxis erledigt werden.

- ➔ In einem ausgelagerten Praxisteil darf keine Sprechstunde stattfinden.

- ➔ In einem ausgelagerten Praxisteil dürfen nur die ausgelagerten Leistungen erbracht werden. Über diese ausgelagerten Leistungen hinausgehende Leistungen müssen am Praxissitz durchgeführt werden. Dies schließt Beratungsleistung ein.

- ➔ Der ausgelagerte Praxisteil darf nur mit einem Hinweisschild versehen sein (z. B. „Kernspintomographie Praxis XY“). Die Angabe von Sprechstunde o. ä. ist nicht möglich.

Hinweis: Es wird mit dieser Anzeige bestätigt, dass die geforderten Voraussetzungen für den ausgelagerten Praxisteil erfüllt werden.

Rechtlicher Hintergrund

Grundsätze der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zum ausgelagerten Praxisteil gemäß § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV vom 15.04.2005 in der Fassung vom 01.01.2010.

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 auf unserer Hompage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweis: Das in der Anzeige alle in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Ärzte gemeldet werden müssen. Legen Sie der Anzeige ggf. eine gesonderte Aufstellung bei.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum	**Unterschrift Antragsteller**
Datum	**Unterschrift Angestellter**

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 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.

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