- wird von der Geschäftsstelle ausgefüllt -

☐ § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV
☐ §31 Abs. 1 Nr. ☐ Ärzte-ZV
☐ § 118 Abs. 1 SGB V
☐ § 118a SGB V
☐ §119 SGB V
☐ § 119a SBB V
☐ sonstiges
Prüfung von:

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

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 Psychotherapeuten sowie 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: http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz
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**

Hinweis: Die Urkunden sind in Kopie einzureichen und verbleiben bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses.

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

- Bescheinigungen des ärztlichen Leiters:
  - Approbation als Arzt
  - Promotion und ggf. andere Titel
  - Anerkennung für eine bestimmte Gebiets-, Facharzt- und Schwerpunktkompetenz oder Zusatzbezeichnung
- Angaben zum Arzt, der im Rahmen der Ermächtigung tätig werden möchte (Seiten 5 bis 7)

☐ **Antrag auf Erweiterung der bestehenden Ermächtigung**

☐ **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 Instituts-ermächtigung **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

tätig bis

LANR (falls vorhanden)

Die ambulante Leistungserbringung erfolgt

☐ hausärztlich. **oder** ☐ fachärztlich.

ggf. Titel, Vorname, Nachname

Fachgebiet

Geburtsdatum

Tätig ab

Tätig bis

LANR (falls vorhanden)

Die ambulante Leistungserbringung erfolgt

☐ hausärztlich. **oder** ☐ fachärztlich.

ggf. Titel, Vorname, Nachname

Fachgebiet

Geburtsdatum

tätig ab

tätig bis

LANR (falls vorhanden)

Die ambulante Leistungserbringung erfolgt

☐ hausärztlich. **oder** ☐ fachärztlich.

Angaben zur Ermächtigung

➲ **Bitte fügen Sie diesem Antragsformular ein gesondertes maschinengeschriebenes Schreiben zu den folgenden Punkten 1. und 2. bei:**

1. **Beantragter Ermächtigungsumfang**

   Spezifizieren Sie genau, für welche Leistungen die Einrichtung ermächtigt werden möchte. 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?
   Für den Fall, dass Sie Kinder und Jugendliche betreuen möchten, geben Sie bitte die entsprechenden Altersgruppen an:

   ☐ 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?

Angaben zur ambulanten spezialärztlichen Tätigkeit

Name des Krankenhauses, des Instituts bzw. der Einrichtung

Wir,

☐ nehmen nicht an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V teil.

☐ sind Mitglied in folgenden ASV-Teams:

Wir versichern, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werden wir dem Zulassungsausschuss unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.
Hinweis: Bitte beachten Sie das Informationsblatt zu den Abrechnungsgenehmigungen.

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.

Gebühren

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 120,00 € fällig (§ 46 Abs. 1c Ärzte-ZV).

Für diesen Antrag wird eine Gebühr von 120,00 € fällig. Bitte überweisen Sie auf das Konto bei der KVH:

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06, , BIC: DAAEDEDDXXX
Verwendungszweck "Ermächtigungsantrag für…

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

Angaben zum Arzt, der zukünftig im Rahmen der Ermächtigung tätig werden möchte

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

- **Achtung:** Eine Leistungsabrechnung von **Ärzten in Weiterbildung** ist im Rahmen der Instituts-ermächtigung **nicht** möglich (Richtlinie der KBV zur Vergabe der Arzt-, Betriebssätten- sowie der Praxisnetznummern).

Familienname

Geburtsname

Vorname(n)

Rufname(n)

Privatanschrift

PLZ

Ort

Titel

Geburtsort

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich

tätig ab

tätig bis

LANR (fals vorhanden)

Dem Antrag werden folgende Unterlagen beigefügt:

- Sofern Sie in einem Arztregister eingetragen sind:
  - Arztregisterauszug
- 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 einer Ermächtigung)

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: Anträge, Vereinbarungen/Richtlinien/Verträge und Ansprechpartner finden Sie hier: www.kvhh.de -> Praxis -> Formulare. Antragsformulare und Fragen zu genehmigungspflichtigen Leistungen senden Sie bitte an Genehmigung@kvhh.de.

- ☐ **A**bklärungskolposkopie
- ☐ Akupunktur
- ☐ Ambulantes Operieren
- ☐ Anästhesie Leistungen
- ☐ Apherese
- ☐ Arthroskopie
- ☐ Ausserklinische Intensivpflege (Potenzialerhebun
- ☐ Ausserklinische Intensivpflege (Verordnung)
- ☐ Autogenes Training

- ☐ **B**alneophototherapie

- ☐ **C**hirotherapie/Manuelle Medizin

- ☐ **D**ermatohistologie
- ☐ Dialyse und Versorgungsauftrag
- ☐ Diabetisches Fußsyndrom
- ☐ Disease-Management-Programme
  - a) ☐ Asthma / COPD
  - b) ☐ Brustkrebs
  - c) ☐ Diabetes mellitus Typ 1
  - d) ☐ Diabetes mellitus Typ 2
  - e) ☐ KHK
  - f) ☐ Osteoporose
- ☐ Dünndarm-Kapselendoskopie

- ☐ **E**MDR

- ☐ **F**unktionsstörung der Hand

- ☐ **G**eriatrische Versorgung
- ☐ Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich / Kinder- und Jugendmedizin

- ☐ **H**ausarztzentrierte Versorgung
- ☐ Hautkrebs-Screening
- ☐ Histopathologie im Rahmen des Hautkrebs-Screenings
- ☐ HIV/Aids; HIV/PrEP
- ☐ Hörgeräteversorgung Erwachsene / Kinder
- ☐ Homöopathie
- ☐ Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischen Fuß
- ☐ Hypnose

- ☐ **I**ntravitreale Medikamenteneingabe

- ☐ **K**ardioversion
- ☐ Koloskopie

- ☐ **L**aboruntersuchungen (Abschnitt 32.3 EBM)
- ☐ Langzeit-EKG
- ☐ Laserverfahren des benignen Prostatasyndroms (bPs)
- ☐ Liposuktion bei Lipödem Stadium III

- ☐ **M**olekulargenetik
- ☐ MRSA
- ☐ MRGN
- ☐ Mukoviszidose

- ☐ **N**eugeborenen Screening nach Anlage 2 der Kinder-Richtlinie
- ☐ Neuropsychologische Therapie
- ☐ Nichtärztliche Praxisassistenten
- ☐ NIPT Rhesus D und Trisomie 13, 18, 21

- ☐ **O**nkologie
- ☐ Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen (Hausärzte)
- ☐ Otoakustische Emissionsmessung

- ☐ **P**ädiatrische Versorgung (U10, U11, J2)
- ☐ Palliativmedizinische Versorgung
- ☐ Pflegeheimversorgung
- ☐ Photodynamische Therapie am Augenhintergrund
- ☐ Phototherapeutische Keratektomie

- ☐ Physikalisch-medizinische Leistungen
- ☐ Pneumologischer Komplex (nur für Kinderärzte)
- ☐ Polygraphie
- ☐ Polysomnographie
- ☐ Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
- ☐ Psychiatrische und Psychotherapeutische Komplexbehandlung
- ☐ Psychosomatische Grundversorgung
- ☐ Psychotherapie:
  - a) ☐ Verhaltenstherapie
  - b) ☐ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
  - c) ☐ Analytische Psychotherapie
  - d) ☐ Systemische Therapie

- ☐ **Q**ualitätszirkelanerkennung

- ☐ **R**adiologie:
  - a) ☐ Computertomographie
  - b) ☐ CCTA - CT-Koronarangiographien
  - c) ☐ Interventionelles Röntgen
  - d) ☐ Invasive Kardiologie
  - e) ☐ Knochendichtenmessung
  - 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) ☐ Sterotaktische Radiochirurgie
- ☐ Rheuma (99012)
- ☐ Rhythmusimplantatkontrolle

- ☐ **S**chmerztherapie
- ☐ Sozialpädiatrie
- ☐ Sozialpsychiatrie
- ☐ Soziotherapie
- ☐ Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen
- ☐ Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger

- ☐ **T**ransurethrale Therapie mit Botulinum
- ☐ Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (TMZ)

- ☐ **U**ltraschalldiagnostik
- ☐ Untersuchungen der Sprachentwicklung (Hausärzte)

- ☐ **V**ermeidung von Frühgeburten (gesund schwanger)
- ☐ Vermeidung von Frühgeburten (Hallo Baby)

- ☐ **Z**ervix-Zytologie
- ☐ Zweitmeinungsverfahren

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