

Arztstempel / Praxisstempel
-----------------------------

**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

--

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
- Außerklinische Intensivpflege
- Autogenes Training
- Chirotherapie
- Dermatohistologie
- Diabetisches Fußsyndrom
- EMDR (Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing)
- Funktionsstörung der Hand
- Gynäkologische Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich / Kinder-Jugendmedizin
- Hausarztzentrierte Versorgung Knappschaft
- Hautkrebs-Screening
- HIV/Aids
- Hörgeräteversorgung Erwachsene
- Hörgeräteversorgung Kinder
- Homöopathie
- Hypnose
- MRSA
- MRGN
- Mukoviszidose
- Neuropsychologische Therapie
- Nicht invasiver Pränataltest (Beratung) (NIPT)
- 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 diese 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.kvhh.net](http://www.kvhh.net) → Formulare → Übernahmeantrag bei Statuswechsel abrufbar

- Abklärungskolposkopie<sup>1</sup>
- Ambulantes Operieren
- Anästhesien
- Arthroskopie<sup>1</sup>
- Balneophototherapie<sup>1</sup>
- Dialyse und Versorgungsauftrag<sup>2</sup>
- Disease-Management-Programme<sup>1</sup>**
  - Asthma/COPD
  - Brustkrebs
  - Diabetes mellitus Typ 1
  - Diabetes mellitus Typ 2
  - KHK
  - DMP Schulungsgemeinschaft
- Dünndarm-Kapselendoskopie<sup>1</sup>
- Geriatrie 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>
- Koloskopie<sup>1</sup>
- Laboruntersuchungen (Spezial-Labor)<sup>1</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>
- Palliativmedizinische Versorgung<sup>2</sup>
- Pflegeheimversorgung<sup>2</sup>
- Photodynamische Therapie am Augenhintergrund<sup>1</sup>
- Phototherapeutisch
- Polysomnographie<sup>1</sup>
- Polygraphie<sup>1</sup>
- Rhythmusimplantat-Kontrolle<sup>1</sup>
- Soz schmerztherapeutische Einrichtung
- Schmerztherapie<sup>2</sup>
  - schmerztherapeutische Einrichtung
- Telemonitoring bei Herzinsuffizienz<sup>1</sup>
- Ultraschalldiagnostik<sup>1</sup>

Radiologie, siehe Seite 3

## Radiologie<sup>1</sup>

- Brachytherapie (LDR)
- Computertomographie
  - CT-gesteuerte Intervention<sup>2</sup>
- Interventionelle Radiologie
- Invasive Kardiologie
- Knochendichtemessung
- Röntgendiagnostik
  - bildwandler gestützte Intervention<sup>2</sup>
  - Durchleuchtungen
- Mammographie
- MR Angiographie
- MRT - Allgemein
- MRT - Mamma
- Nuklearmedizin
- PET-CT
- Strahlentherapie
  - Stereotaktisch Radiochirurgie
- Stoßwellenlithropsie bei Harnsteinen
- Vakuumbiopsie der Brust

## 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 unter: [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 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 des Antragsteller

---

Name in Druckbuchstaben

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

**Genehmigungspflichtige Leistungen mit betriebsstättenbezogenen Anforderungen**

Genehmigungs- pflichtige 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](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 Justiz 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 sowie der KV Hamburg 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
<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 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.

<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