

## Antrag auf Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 6b Heilberufsgesetz, in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)) zuständig für die Erteilung von Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Ergänzend verweisen wir auf die aktuell gültige Richtlinie über das Verfahren zur Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen in Hessen gemäß § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Genehmigungsrichtlinie § 121a SGB V) der Landesärztekammer Hessen - Abrufbar unter:

<https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen>

Der Antrag wird durch die Ständige Kommission Reproduktionsmedizin der Landesärztekammer Hessen geprüft und vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen beschieden.

### I. Antragstellerin / Antragsteller

**Der Antrag auf Genehmigung wird gestellt als** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

#### **Niedergelassene/r Vertragsärztin / Vertragsarzt**

- in Einzelpraxis
- in einer Berufsausübungsgemeinschaft

#### **Angestellte/r Ärztin / Arzt / Medizinische Versorgungszentren (MVZ)**

- in einer Praxis
- in einem zugelassenen Krankenhaus
- in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum

#### **Ermächtigte/r Ärztin / Arzt**

- Ich bin als Krankenhausärztin/ Krankenhausarzt ermächtigt



## Antragstellerin/ Antragsteller

---

(Titel, Name, Vorname)

---

(Geburtsdatum)

---

(Funktion in der Einrichtung)

## Die Genehmigung wird für den folgenden Standort beantragt:

---

(Name der Einrichtung)

---

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

---

(Datum der geplanten Niederlassung / Anstellung / Ermächtigung)

**Es lag oder liegt bereits eine Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V in Hessen oder in einem anderen Bundesland vor:**

### In Hessen:

- Nein  
 Ja (Bitte Kopie beilegen)

### In einem anderen Bundesland:

- Nein  
 Ja (Bitte Kopie beilegen)

**Wenn ja, bitte Namen und Standort der entsprechenden Einrichtung angeben**

---

(Name der Einrichtung)

---

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

## II. Umfang der geplanten Maßnahmen

Die Genehmigung wird beantragt für:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Inseminationen mit hormoneller Stimulation
- In-vitro-Fertilisation (IVF)
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- Embryonentransfer

## III. Fachliche Voraussetzungen

Die geplante Arbeitsgruppe setzt sich wie folgt zusammen:

### 1. Leiterin / Leiter der Arbeitsgruppe

---

(Titel, Name, Vorname)

---

(Geburtsdatum)

### 2. Stellvertretende Leiterin / stellvertretender Leiter der Arbeitsgruppe

---

(Titel, Name, Vorname)

---

(Geburtsdatum)



### 3. Weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe

#### a) Endokrinologie der Reproduktion

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

Stellvertreterin / Stellvertreter:

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

#### b) Operative Gynäkologie:

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

Stellvertreterin / Stellvertreter:

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

#### c) Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur:

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

*(Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur:)*

Stellvertreterin / Stellvertreter:

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

**d) Andrologie:**

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

Stellvertreterin / Stellvertreter:

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

**e) Psychosomatische Grundversorgung:**

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

Stellvertreterin / Stellvertreter:

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*



**f) Gynäkologische Sonographie:**

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

Stellvertreterin / Stellvertreter:

---

*(Titel, Name, Vorname)*

---

*(Geburtsdatum)*

**Eine Kooperation mit folgenden Einrichtungen ist vorgesehen:**

*(Zutreffendes bitte ergänzen/ ankreuzen)*

Humangenetik

---

*(Name und Adresse der Einrichtung)*

Andrologie

---

*(Name und Adresse der Einrichtung)*

Psychotherapeutin / Psychotherapeut (ärztlich / psychologisch)

---

*(Name und Adresse der Einrichtung)*

Psychosoziale Beratungsstelle

---

*(Name und Adresse der Einrichtung)*



Notfallbereitschaft

---

(Name und Adresse der Einrichtung)

#### IV. Diagnostische und therapeutische Vorgaben (technische und räumliche Ausstattung)

Folgende Einrichtungen sind ständig verfügbar und einsatzbereit:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Hormonlabor
- Ultraschalldiagnostik
- Apparativ-technische Einrichtungen zur Gewinnung von Eizellen
- Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
- Labor für Spermiendiagnostik und –präparation
- Labor für In-vitro-Fertilisation, In-vitro-Kultur und Mikroinjektion
- EDV-gestützte Datenerfassung
- Möglichkeiten der Kryokonservierung

#### V. Erlaubnis gemäß § 20b Abs. 1 AMG

Eine Erlaubnis für die Gewinnung von Gewebe und die Laboruntersuchungen gemäß § 20b Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG) liegt vor:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Ja (Bitte Kopie beilegen)  Nein

#### VI. Weiterbildungsbefugnis

**Eine** Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt bzw. die fakultative Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ **liegt vor:**  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)



- ja, in Hessen *(Bitte Kopie beilegen)*
- ja, in einem anderen Bundesland *(Bitte Kopie beilegen)*

---

*(Bundesland)*

Eine Weiterbildungsbefugnis für den Schwerpunkt bzw. die fakultative Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ **wurde beantragt**: *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

- ja, in Hessen *(Bitte Kopie beilegen)*
- ja, in einem anderen Bundesland *(Bitte Kopie beilegen)*

---

*(Bundesland)*

## VII. Anmerkungen

*(Sollten Sie zu Ihrem Antrag sonstige Anmerkungen haben, können Sie diese nachfolgend anführen)*



## VIII. Erklärung / Verpflichtung

Hiermit bestätige ich, dass alle vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß erfolgt sind.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich zur Kenntnis genommen habe, dass ich verpflichtet bin, jede beabsichtigte Änderung von Genehmigungs Voraussetzungen unverzüglich der Landesärztekammer Hessen (Genehmigungsbehörde) anzuzeigen.

Ich stelle durch Auswahl und Überwachung meiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sicher, dass die Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes und der sonstigen Rechtsvorschriften beachtet werden.

Ich verpflichte mich, die Bestimmungen der Richtlinie über das Verfahren zur Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen in Hessen gemäß § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Genehmigungsrichtlinie § 121a SGB V) sowie der Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zur Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin in ihrer jeweils gültigen Fassung einzuhalten - Abrufbar unter: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen>

Gemäß § 121a SGB V ist die Landesärztekammer Hessen verpflichtet, die vorstehenden Daten abzufragen. Die Daten werden ausschließlich für die im Gesetz beschriebenen Zwecke verwendet.

---

*(Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers)*

## IX. Informationen von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Ich bin damit einverstanden, dass die Landesärztekammer Hessen Informationen bezüglich meiner / unserer vertragsärztlichen Zulassung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen einholen darf.

---

*(Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers)*

## **X. Gebühren der Landesärztekammer Hessen**

Nach Gebührenpunkt 5110 des Kostenverzeichnisses als Anlage zur Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen ist für den Antrag auf Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen ein Kostenrahmen von 1.000,00 EUR bis 3.000,00 EUR vorgegeben.

## **XI. Hinweise**

Die Genehmigung wird nur standortbezogen und nur für die beantragte Arbeitsgruppe erteilt. Bitte legen Sie dem Antrag alle notwendigen Unterlagen bei. Eine entsprechende Auflistung entnehmen Sie der u.s. Checkliste.

Die Arbeitsgruppe muss jederzeit arbeitsfähig sein. Im Verhinderungsfall muss eine Vertretung gewährleistet sein.

Es besteht die Pflicht zur Anzeige von Änderungen (Arbeitsgruppe, Ausstattung, etc.)

---

*(Ort, Datum, Stempel, Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers)*

## **XII. Anlagen:**

- Richtlinie über das Verfahren zur Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen in Hessen gemäß § 121a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Genehmigungsrichtlinie § 121a SGB V)
- Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zur Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin
- Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen
- Checkliste für Ihre Antragsunterlagen

## Checkliste: Unterlagen für den Antrag auf Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121a SGB V

- Zulassungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung für Standort / Anstellungsgenehmigungen Leiterin / Leiter
- Zulassungsbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung für Standort / Anstellungsgenehmigungen **stellvertretende** Leiterin / **stellvertretender** Leiter
- Approbation als Ärztin / Arzt der Leiterin / des Leiters sofern noch kein Mitglied bei der Landesärztekammer Hessen
- Approbation als Ärztin / Arzt der **stellvertretenden** Leiterin / des **stellvertretenden** Leiters sofern noch kein Mitglied bei der Landesärztekammer Hessen
- Facharzturkunde der Leiterin / des Leiters
- Facharzturkunde der **stellvertretenden** Leiterin / des **stellvertretenden** Leiters
- Nachweis für den Schwerpunkt bzw. die fakultative Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ der Leiterin / des Leiters
- Nachweis für den Schwerpunkt bzw. die fakultative Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ der **stellvertretenden** Leiterin / des **stellvertretenden** Leiters

Qualifikationsnachweise der/ des Hauptverantwortlichen für:

- Endokrinologie der Reproduktion
- Operative Gynäkologie
- Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur
- Andrologie
- Psychosomatische Grundversorgung
- Gynäkologische Sonographie

Qualifikationsnachweise der **Stellvertreterin/** des **Stellvertreters** für:

- Endokrinologie der Reproduktion
  - Operative Gynäkologie
  - Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur
  - Andrologie
  - Psychosomatische Grundversorgung
  - Gynäkologische Sonographie
- 
- Erlaubnis gemäß § 20b Abs. 1 AMG
  - Ggfs. Nachweis über eine bestehende/ beantragte Weiterbildungsbe-  
fugnis
  - Ggfs. Bescheid über eine Genehmigung zur Durchführung künstlicher  
Befruchtungen nach § 121a SGB V in Hessen oder in einem anderen  
Bundesland
  - Grundriss der Praxisräume
  - Verzeichnis über die technische Ausstattung