

Anzeige der Aufnahme privatärztlicher reproduktionsmedizinischer Tätigkeiten

Gemäß § 13 der aktuell gültigen Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen haben Ärztinnen und Ärzte bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Richtlinien oder Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, diese Richtlinien oder Empfehlungen zu beachten.

Ärztinnen und Ärzte haben die **Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen**. Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten haben Ärztinnen und Ärzte auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, dass die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Richtlinien oder Empfehlungen erfüllt werden.

Ergänzend verweisen wir auf § 5 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen gemäß dem Ärztinnen und Ärzte **verpflichtet** sind, an den von der Ärztekammer eingeführten **Maßnahmen und Verfahren zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen** und der Ärztekammer **die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen**.

Die hierzu erlassene Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zur Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin in ihrer jeweils gültigen Fassung ist zu beachten.

Alle Dokumente sind abrufbar unter:

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

Die Anzeige wird durch die Ständige Kommission Reproduktionsmedizin der Landesärztekammer Hessen geprüft und dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen zur Kenntnisnahme vorgelegt.

I. Anzeigende/ Anzeigender

Die Anzeige wird gestellt als *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Ärztin / Arzt

- in Einzelpraxis
- in einer Berufsausübungsgemeinschaft



Die Anzeige betrifft folgenden Standort:

(Name der Einrichtung)

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

(Datum der geplanten Tätigkeitsaufnahme)

Es wurden bereits vorher reproduktionsmedizinische Tätigkeiten in Hessen oder in einem anderen Bundesland durchgeführt:

In Hessen:

- Nein
 Ja

In einem anderen Bundesland:

- Nein
 Ja

Wenn ja, bitte Namen und Standort der entsprechenden Einrichtung angeben

(Name der Einrichtung)

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

II. Umfang der geplanten Tätigkeiten

(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)

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 Ihrer Anzeige 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 der Tätigkeitsvoraussetzungen unverzüglich der Landesärztekammer Hessen 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 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 §§ 13 und 5 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen ist die Landesärztekammer Hessen berechtigt, die vorstehenden Daten abzufragen. Die Daten werden ausschließlich für die in der Berufsordnung beschriebenen Zwecke verwendet.

(Ort, Datum, Unterschrift der Anzeigenden/ des Anzeigenden)

IX. Gebühren der Landesärztekammer Hessen

Nach Gebührenpunkt 5300 des Kostenverzeichnisses als Anlage zur Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen ist für die Anzeige der Aufnahme privatärztlicher reproduktionsmedizinischer Tätigkeiten ein Kostenrahmen von 50 EUR bis 350 EUR vorgegeben.

X. Hinweise

Bitte legen Sie der Anzeige 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 Anzeigenden / des Anzeigenden)



XI. Anlagen:

- Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen
- Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zur Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin
- Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen
- Checkliste für Ihre Antragsunterlagen

Checkliste: Unterlagen für die Anzeige der Aufnahme privatärztlicher reproduktionsmedizinischer Tätigkeiten

- 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
- Grundriss der Praxisräume
- Verzeichnis über die technische Ausstattung