



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121 a 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 24. März 2010 (GVBl. I S. 123) zuständig für die Erteilung von Genehmigungen zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach § 121 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

I. Antragsteller/in:

Antrag auf Genehmigung wird gestellt als

Vertragsärztin/Vertragsarzt

(Titel, Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum

ermächtigte/r Ärztin/Arzt

(Titel, Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung

zugelassenes Krankenhaus

II. Umfang der geplanten Maßnahmen:

Die Genehmigung wird beantragt für

In-vitro-Fertilisation (IVF)

mit anschließendem Embryonentransfer

mit anschließender Einführung des Embryo in die Eileiter

Transfer der weiblichen und männlichen Gameten in den Eileiter (GIFT)

Inseminationen, denen Stimulationsverfahren vorausgehen
Intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach
hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei und mehr Follikel)

Hinweis: Eine Genehmigung für die IVF/GIFT schließt eine Genehmigung von Inseminationen nach Stimulation ein. Für die IVF mit ET, GIFT, ICSI, PKD wird für die Patientenbetreuung das Zusammenwirken in einer ständig einsatzbereiten interdisziplinären Arbeitsgruppe vorausgesetzt (siehe Punkt 4.3. der hessischen Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Stand: 01.11.2014).

III. Fachliche Voraussetzungen:

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

1. Leiter der Arbeitsgruppe

(Titel, Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

Sachkundenachweis:

- Approbation oder selbstständige Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt (**bitte Urkunde in Kopie beilegen**)
- Anerkennung als Ärztin/Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt bzw. fakultative Weiterbildung "gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin" im Sinne der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen (**bitte Urkunde in Kopie beilegen**)
- Zulassung/Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für geplanten Standort (**Bescheid der KVH bitte in Kopie beilegen**)

2. Stellvertretender Leiter der Arbeitsgruppe

(Name)

(Vorname)

(Geburtsdatum)

Sachkundenachweis:

- Approbation oder selbstständige Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt (bitte Urkunde in Kopie beilegen)
- Anerkennung als Ärztin/Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt bzw. fakultative Weiterbildung "gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin" im Sinne der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen (bitte Urkunde in Kopie beilegen)
- Zulassung/Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für geplanten Standort (Bescheid der KVH bitte in Kopie beilegen, soweit vorhanden)

3. Weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe

a) Endokrinologie:

(Titel, Vorname, Name)

Stellvertreter:

(Titel, Vorname, Name)

b) Gynäkologische Sonographie:

(Titel, Vorname, Name)

Stellvertreter:

(Titel, Vorname, Name)

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

(Titel, Vorname, Name)

Stellvertreter:

(Titel, Vorname, Name)

d) Andrologie:

(Titel, Vorname, Name)

Stellvertreter:

(Titel, Vorname, Name)

e) Psychosomatische Grundversorgung:

(Titel, Vorname, Name)

IV. Technische Voraussetzungen:

Folgende Einrichtungen müssen nach Punkt 4.3.2. der Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Stand: 01.11.2014) ständig verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- Hormonlabor
- Ultraschalldiagnostik
- Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
- Labor für Spermendiagnostik und -präparation
- Labor für In-vitro-Fertilisation, In-vitro-Kultur und ggf. Mikroinjektion
- EDV-gestützte Datenerfassung
- Möglichkeit der Kryokonservierung

V. Gebühren der Landesärztekammer Hessen

Nach Gebührenpunkt I Nr. 5. des Kostenverzeichnisses als Anlage zur Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen ist für den Antrag auf Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen ein Kostenrahmen von 500,00 EUR bis 1500,00 EUR vorgegeben.

Die vorstehenden Angaben habe ich nach bestem Wissen und Gewissen gemacht.

Ich verpflichte mich, jede beabsichtigte Änderung von Genehmigungsvoraussetzungen unverzüglich der 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 Qualitätssicherung nach Punkt 5.4.1 der hessischen Richtlinie zur assistierten Reproduktion, Stand: 01.11.2014, einzuhalten.

(Ort und Datum)

(Stempel, Unterschrift)

Anlage:

- Übersicht über die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe
- Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion
- Kostensatzung



Übersicht der Arbeitsgruppe der IVF/ET-Einrichtung

Leiter/in der Arbeitsgruppe: _____

(Vorname, Name)

Stellvertreter/in: _____

(Vorname, Name)

Endokrinologie der Reproduktion: _____

(Vorname, Name)

Vertreter/in: _____

(Vorname, Name)

Gynäkologische Sonographie: _____

(Vorname, Name)

Vertreter/in: _____

(Vorname, Name)

Operative Gynäkologie: _____

(Vorname, Name)

Vertreter/in: _____

(Vorname, Name)

Experimentelle oder angewandte
Reproduktionsbiologie mit dem
Schwerpunkt In-vitro-Kultur: _____

(Vorname, Name)

Vertreter/in: _____

(Vorname, Name)

Andrologie: _____

(Vorname, Name)

Vertreter/in: _____

(Vorname, Name)

Psychosomatische Grundversorgung: _____

(Vorname, Name)

(Ort und Datum)

(Unterschrift)