

	<b>Antrag</b>  <b>Künstliche Befruchtung</b>	Bereich QS/QM
		Stand 01.03.2016
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 3

## Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von künstlicher Befruchtung

**Hinweis:** Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig und in Druckbuchstaben aus und legen Sie alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen bei (z. B. Zeugnisse, Gerätenachweise). Vielen Dank!

### Angaben zum/r Leistungserbringer/in:

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_



### Angaben zur Tätigkeit:

#### Tätigkeitsart

hausärztlich tätig                       fachärztlich tätig

Fachgebiet \_\_\_\_\_

Schwerpunkt / ggf. Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_

ab/seit(Datum) \_\_\_\_\_  niedergelassen\*     angestellt\*\*     ermächtigt\*\*

\*  Praxisübernahme von \_\_\_\_\_ /  Gemeinschaftspraxis mit \_\_\_\_\_ (Falls nicht zutreffend bitte streichen.)

\*\* Name des anstellenden Arztes / des MVZ / der Einrichtung \_\_\_\_\_

#### Tätigkeitsort(e) (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

Anschrift \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

**Empfehlungen zur Qualitätssicherung****ja**      **nein**

1. Der Leiter der Praxis oder Einrichtung muss Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sein und über die fakultative Weiterbildung „gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin“ verfügen (**Kopie bitte beifügen**)
2. In der Praxis oder Einrichtung müssen folgende Kenntnisse und Erfahrungen vorhanden sein:
- Endokrinologie der Reproduktion
  - Gynäkologische Sonographie
  - Operative Gynäkologie
  - Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur
  - Andrologie

    

    

    

    

    

    

Von diesen fünf Bereichen können jeweils nur zwei gleichzeitig von einem Arzt oder Wissenschaftler der Praxis oder Einrichtung verantwortlich geführt werden.

Grundsätzlich müssen andrologisch qualifizierte Ärzte (Urologen, Dermatologen, Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie) in Diagnostik und Therapie im Rahmen der assistierten Reproduktion integriert sein.

    

Die regelmäßige Kooperation mit einem Humangenetiker und einem ärztlichen Psychotherapeuten muss gewährleistet sein.

    

Die Praxis oder die Einrichtung muss über die zur Durchführung der künstlichen Befruchtung erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten verfügen.

    

Es ist die notwendige apparativ-technische Ausstattung vorzuhalten:

**ja**      **nein**

- zur Ultraschalldiagnostik
- zur Hormondiagnostik
- zur Spermadiagnostik und –aufbereitung
- zur Gewinnung der Eizellen
- zur In-vitro-Kultivierung der Eizellen
- zum Embryonentransfer u. zum intratubaren Gametentransfer
- sowie die erforderliche personelle und räumliche Ausstattung

    

    

    

    

    

    

    

**ja**      **nein**

Die Praxis oder Einrichtung muss über eine Genehmigung zur Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durch die zuständige Stelle nach § 121 a SGB V (Ärzttekammer des Saarlandes) verfügen (**Kopie bitte beifügen**)

    

**HINWEIS:**

Praxen oder Einrichtungen, welche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchführen, sind verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden vergleichenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu erhalten und zu verbessern. Die erforderlichen ärztlichen Aufzeichnungen müssen insbesondere Angaben, welche den Erfolg der Therapie beeinflussen können und die Wahl des Verfahrens der künstlichen Befruchtung begründen sowie zum Verlauf der Stimulation und zum Ergebnis der Therapie beinhalten.

Bis zum Inkrafttreten der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 136a Nr. 1 i. V. mit § 135a Abs. 2 SGB V bzw. von Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sind die Ärzte als Voraussetzung zur Erbringung der entsprechenden Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) verpflichtet, an den bestehenden berufsrechtlichen Maßnahmen der Ärztekammern zur Qualitätssicherung gemäß Nr. 4.3 der „Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer von 1998 teilzunehmen.

Die Teilnahme ist in jährlichen Abständen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland unaufgefordert nachzuweisen.

**Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin:**

Ich versichere hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Leistungserbringers/in

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel

**Bei angestellten Ärzten:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **anstellenden** Arztes  
bzw. des ärztlichen Leiters des MVZ

\_\_\_\_\_  
Stempel