

# **Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Sachsen-Anhalt**

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS  
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

Ansprechpartner:  
Herr Jens Leutert

Tel.: 0391/627-6344

**Für diesen Antrag ist die Schriftform vorgeschrieben und muss daher vom Antragsteller eigenhändig durch Namensunterschrift oder mittels notariell beglaubigten Handzeichen unterzeichnet sein. Eine empfangsbedürftige Willenserklärung wird nur wirksam, wenn die formgerecht errichtete Erklärung dem Erklärungsempfänger zugeht. Eine Übermittlung durch Telefax oder E-Mail genügt nicht. (Urteil des LSG Hamburg vom 20.05.2015 Az.: L 5 KA 50/13)**

# **Antragsunterlagen**

**Anstellung in einem Medizinischen  
Versorgungszentrum oder einer  
Einrichtung nach § 311 SGB V**

# Erforderliche Unterlagen für den Antrag auf Anstellung einer/eines Ärztin/Arztes (gilt für Psychotherapeuten entsprechend)

Dem Antrag des Praxisinhabers sind folgende Unterlagen des zur Anstellung vorgesehenen Arztes beizufügen (gem. § 18 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren [Ärzte-ZV]):

- Auszug aus dem Arztregister oder ausgefülltes Antragsformular mit dazugehörigen Urkunden (die Arztregistereintragung ist Voraussetzung für die Zulassung)
- Lebenslauf
- Bescheinigungen aller ärztlichen Tätigkeiten seit der Approbation (nur einreichen, wenn diese noch nicht im Arztregister vorliegen)
- Bescheinigungen jeweiliger Kassenärztlicher Vereinigungen (gem. § 18 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV) über bisherige Zulassungen unter Angabe von Ort und Dauer etwaiger Niederlassungen sowie Beendigungsgrund
- Erklärung über bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse (gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV) (liegt bei)
- Erklärung über das Nichtbestehen persönlicher und gesetzlicher Hinderungsgründe (gem. § 18 Abs. 2 Nr. 5 Ärzte-ZV) (liegt bei)
- aktuelles Führungszeugnis - **bitte "zur Vorlage bei einer Behörde gem. § 30 Abs. 5 BZRG"** beantragen (muss bis zur Sitzung vorliegen). Dieses Führungszeugnis wird **nicht** dem Antragsteller ausgehändigt, sondern direkt an den Zulassungsausschuss gesandt!
- schriftlicher Arbeitsvertrag zwischen dem Vertragsarzt und anzustellenden Arzt unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes (muss bis zur Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen)

(Können die bezeichneten Unterlagen nicht als Originale oder amtlich beglaubigte Kopien vorgelegt werden, so ist der nachzuweisende Sachverhalt glaubhaft zu machen.)

Der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt tagt in der Regel einmal im Monat. Die Termine entnehmen Sie bitte dem Internetauftritt der KVSA. Die Unterlagen sollten spätestens 4 Wochen vor der Sitzung des Zulassungsausschusses vorliegen, fehlende Unterlagen können ggf. bis zur Sitzung vervollständigt werden. Rückwirkende Entscheidungen trifft der Zulassungsausschuss nicht; daher den Antrag rechtzeitig stellen!

Wir machen darauf aufmerksam, dass eine positive Entscheidung über Ihren Antrag nur dann erfolgen kann, wenn die Unterlagen komplett vorliegen! Jeder gestellte Zulassungsantrag wird umgehend bearbeitet. Vorratsanträge werden nicht entgegengenommen.

Die Niederlassungsfrist beträgt nach erteilter Zulassung in der Regel 3 bis 5 Monate. Sollte diese Frist nicht ausreichen, bitten wir, dies unter Angabe von Gründen zu beantragen.

# Antrag auf Genehmigung der Anstellung von Ärzten

Es wird der Antrag gestellt, die Anstellung für nachstehend aufgeführte/n Ärztin/Arzt zu genehmigen:

**Antragsteller**  
MVZ, Einrichtung

Anschrift (MVZ, Einrichtung)  
Straße, Hausnr., PLZ, Ort

Anzustellende/r  
Ärztin/Arzt:  
Titel, Vorname, Name:

Facharztbezeichnung

ggf. Schwerpunkt

- als Fachärztin/-arzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) mit der ausschließlichen Entscheidung zur Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung**, damit im Bereich des Vertragsarztrechts zwingend einhergehend mit dem Verzicht auf das Führen berufsprüfungserworbener Schwerpunktbzeichnungen (Sächs. LSG, zitiert nach juris, Urt. v. 12.02.2003, Az. L 1 KA 3/00, Rz. 21; SG Frankfurt, Urt. v. 17.11.1999, Az. S 27 KA 652/99).

## Umfang der Beschäftigung:

bis zu 10 Stunden pro Woche

genaue Anzahl der  
Wochenstunden

über 10 bis 20 Stunden pro Woche

über 20 bis 30 Stunden pro Woche

über 30 Stunden pro Woche

geplante Aufnahme  
der Tätigkeit

**Die/der angestellte Ärztin/Arzt wird an der Hauptbetriebsstätte tätig sein**

Anschrift des MVZ, Einrichtung  
Straße, Hausnr., PLZ, Ort

**Die/der angestellte Ärztin/Arzt wird an der/den Nebenbetriebsstätte(n) tätig sein**

Nebenbetriebsstätte 1  
Straße, Hausnr., PLZ, Ort

Nebenbetriebsstätte 2  
Straße, Hausnr., PLZ, Ort

# Bei Antragstellung zur Anstellung von Ärzten im Rahmen der Nachbesetzung

## Angaben zur/zum bisher angestellten Ärztin/Arzt

Die Facharztstelle war (wird) mit einer/einem angestellten/angestelltem Ärztin/Arzt besetzt bis zum

bisher angestellte/r Ärztin/Arzt  
Titel, Vorname, Name

Facharztbezeichnung

ggf. Schwerpunkt

- als Fachärztin/-arzt für Innere Medizin (ohne Schwerpunkt) mit der Entscheidung zur Teilnahme an der **hausärztlichen Versorgung**

### Umfang der Beschäftigung der/des bisher angestellten Ärztin/Arztes:

- bis zu 10 Stunden pro Woche
- über 10 bis 20 Stunden pro Woche
- über 20 bis 30 Stunden pro Woche
- über 30 Stunden pro Woche

---

## Bestätigung der Richtigkeit der Angaben durch den Antragsteller

Es wird versichert, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werden der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel  
Geschäftsführer MVZ/Einrichtung

## Daten der/des anzustellenden Ärztin/Arztes

Titel, Vorname, Name:

Geburtsdatum,  
Geburtsort:

aktuelle Wohnanschrift  
(Straße, PLZ, Ort):

Telefon-Nummer

Fax-Nummer

Mobiltelefon

e-mail

# Ärztliche Aus- und Weiterbildung

Approbation

erteilt am:

erteilt durch:

Fachgebiet

erteilt am:

erteilt durch:

Schwerpunkt-/  
Zusatzbezeichnung

1.

erteilt am:

erteilt durch:

2.

erteilt am:

erteilt durch:

## Rettungsdienst/Notfallmedizin:

Zusatzbezeichnung  
"Notfallmedizin"

erteilt am:

erteilt durch:

zur Zeit in Weiterbildung

Ende der Weiterbildung:

Fachkunde  
"Arzt im Rettungsdienst"

erteilt am:

erteilt durch:

zur Zeit in Weiterbildung

Ende der Weiterbildung:

andere Fortbildung in der  
Rettungs- u. Notfallmedizin

erteilt am:

erteilt durch:

zur Zeit in Weiterbildung

Ende der Weiterbildung:

erteilt am:

erteilt durch:

zur Zeit in Weiterbildung

Ende der Weiterbildung:

# Aufstellung über die ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten seit Approbation bis zur geplanten Niederlassung in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge

(bitte auch Zeiten ohne Beschäftigung angeben)

| Nr. | Zeitraum: von - bis | Tätigkeit | Krankenhaus, Praxis, Amt etc.<br>Name, Abteilung, Ort |
|-----|---------------------|-----------|---|
| 1.  |                     |           |   |
| 2.  |                     |           |   |
| 3.  |                     |           |   |
| 4.  |                     |           |   |
| 5.  |                     |           |   |
| 6.  |                     |           |   |
| 7.  |                     |           |   |
| 8.  |                     |           |   |
| 9.  |                     |           |   |
| 10. |                     |           |   |
| 11. |                     |           |   |

Für die vorgenannten ärztlichen Tätigkeiten müssen Nachweise beigelegt werden, soweit diese noch nicht im Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung vorgelegt wurden.

# Eintragung/ bisherige vertragsärztliche Tätigkeit

Die/der anzustellende Ärztin/Arzt ist eingetragen in das Arztregister der

Kassenärztlichen Vereinigung (Name und Sitz der KV)

unter der Nr. (Eintragungs-Nr.)

Die/der anzustellende Ärztin/Arzt war

vom

bis

- zugelassen.
- angestellt tätig.
- nicht vertragsärztlich tätig.

Praxis, Einrichtung, MVZ, Klinik

Grund der Beendigung:

Es wird versichert, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werde ich der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitteilen.

**Ort, Datum**

**Unterschrift d. Anzustellenden**



## **Erklärung gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 5 Zulassungsverordnung-Ärzte**

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin, es auch in den zurückliegenden fünf Jahren nicht war, dass ich mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit unterziehen musste und keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines ärztlichen Berufes entgegenstehen.

**Ort, Datum**

**Unterschrift d. Anzustellenden**

# Aktuelle Erwerbstätigkeit

(Erklärungen gem. § 18 Abs. 2 Nr. 4 Ärzte-ZV)

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis.
- Ich übe zum jetzigen Zeitpunkt keine sonstige nicht ehrenamtliche Tätigkeit (z.B. auf Honorarbasis) aus.
- oder

- Ich stehe zum jetzigen Zeitpunkt in folgendem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis:

Arbeitgeber:

Anschrift:

Umfang der Tätigkeit  
(Std./Woche)

Dieses Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

- beende ich zum (Datum):

Dieses Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis

- wird im Umfang von Stunden/Woche fortgeführt:  
(Anzahl Stunden/Woche einfügen)

- Ich übe zum jetzigen Zeitpunkt folgende nicht ehrenamtliche Tätigkeit aus:

Einrichtung/Institution:

Anschrift:

Umfang der Tätigkeit  
(Std./Woche)

Diese nicht ehrenamtliche Tätigkeit

- beende ich zum (Datum):

Diese nicht ehrenamtliche Tätigkeit

- wird im Umfang von Stunden/Woche fortgeführt:  
(Anzahl Stunden/Woche einfügen)

**Ort, Datum**

**Unterschrift d. Anzustellenden**

# Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

Anzustellende(r) Ärztin/Arzt  
Titel, Vorname, Name:

Anschrift (Praxis oder Privat)

Kassenärztliche Vereinigung  
Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und die Ärztekammer Sachsen-Anhalt haben eine Vereinbarung geschlossen, wonach die Übermittlung von Daten der gemeinsamen Mitglieder möglich ist. Hintergrund ist, dass oftmals durch beide Körperschaften die gleichen Daten und Nachweise zur Bearbeitung verschiedener Sachverhalte von den Mitgliedern abgefordert werden. Durch die Übermittlung der Daten von Körperschaft zu Körperschaft unter Einhaltung des Datenschutzes wird das doppelte Einreichen von Unterlagen vermieden.

Inhalte der Vereinbarung sind im Einzelnen:

- ⊛ der Datenabgleich hinsichtlich der Führung eines Mitgliederverzeichnisses bei der Ärztekammer
- ⊛ der Datenabgleich zur Erstellung des Gesundheitsbuches *(sofern der Aufnahme im Handbuch zugestimmt wurde)*
- ⊛ die Erteilung einer Genehmigung für den Betrieb einer Nebenbetriebsstätte durch die KVSA
- ⊛ die Überprüfung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V
- ⊛ die Überprüfung der fachlichen Qualifikation im Rahmen der Antragstellung zur Erbringung bestimmter Leistungen oder der Teilnahme an bestimmten Verträgen und sich daraus ergebenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie
- ⊛ die Überprüfung der Qualifikation für den Rettungsdienst

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass durch die Ärztekammer Sachsen-Anhalt und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt die mich betreffenden Daten unter Einhaltung der Grundsätze des Datenschutzes übermittelt werden.**

Ort, Datum

Unterschrift d. Anzustellenden

# Leistungserbringung

## Schmerztherapeutische Leistungen/Narkoseleistungen

Anzustellende(r) Ärztin/Arzt  
Titel, Vorname, Name:

Privatanschrift

### Nur für Anästhesisten!

Im Rahmen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit werde ich folgende Leistungen erbringen:

- schmerztherapeutische Leistungen
- Narkoseleistungen beim Vertragsarzt
- Narkoseleistungen beim Vertragszahnarzt

**(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

Ort, Datum

Unterschrift d. Anzustellenden

## Gebühren

Gemäß § 38 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) wird über gebührenpflichtige Anträge erst nach Entrichtung der nach § 46 Ärzte-ZV zu zahlenden Gebühr verhandelt. Die Antragsgebühren sind mit der Stellung des Antrages fällig.

Gemäß § 46 Abs. 1 und 2 Ärzte-ZV werden folgende Gebühren erhoben:

### "§ 46 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

- (1) für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben:
- a) ...
  - b) bei Antrag des Arztes oder des medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung 100 Euro
  - c) bei sonstigen Anträgen, mit denen der Arzt, das medizinische Versorgungszentrum oder die sonstige ärztlich geleitete Einrichtung die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses anstrebt 120 Euro
  - d) ...
  - ...
- (2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:
- a) nach unanfechtbar gewordener Zulassung 400 Euro
  - b) ...
  - c) nach erfolgter Genehmigung der Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 400 Euro
  - d) nach erfolgter Eintragung einer auf § 32 b Abs. 2 beruhenden Genehmigung in das Verzeichnis nach § 32 b Abs. 4 400 Euro
- (3) ...
- (4) Abweichend von den Absätzen 1 und 2 werden in Verfahren, die eine Tätigkeit in Gebieten betreffen, für die der Landsausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Feststellung nach § 100 Absatz 1 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch getroffen hat, keine Gebühren erhoben. Dies gilt nicht für Anträge nach Absatz 1 Buchstabe a. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn dies aus Versorgungsgründen angezeigt ist. Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren nach den Absätzen 1 und 2 um 50 Prozent zu reduzieren."

Zahlen Sie diese Gebühren bitte unter Angabe des Arztnamens auf das **Konto bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Magdeburg, IBAN: DE95300606010003105067; BIC: DAAEDEDXXX** ein. **Bitte geben Sie bei der Einzahlung unbedingt auch den konkreten Verwendungszweck an!**

## Antrag auf Erbringung genehmigungspflichtiger Leistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

für besondere ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. der Partner der Bundesmantelverträge teilweise zusätzliche Qualifikationsvoraussetzungen und Nachweise durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte zu führen.

Nur Ärzte, die entsprechende Nachweise führen können, dürfen die sogenannten genehmigungspflichtigen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung ausführen und abrechnen.

Die nachfolgende Aufstellung soll Ihnen den Überblick über die Fülle dieser genehmigungspflichtigen Leistungen erleichtern und nennt Ihnen als Ansprechpartner die jeweilige Sachbearbeiterin der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt.

Da der Katalog der genehmigungspflichtigen Leistungen ständig fortgeschrieben wird, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass diese Aufstellung Sie nicht von Ihrer Pflicht befreit, sich sowohl über die geltenden gesetzlichen Regelungen, Vereinbarungen und Verträge des Vertragsarztrechts als auch des allgemeinen Arztrechts zu informieren.

Wenn sich Fragen ergeben oder Sie weitere Informationen wünschen, können Sie sich gern an uns wenden.

Die für Sie in Betracht kommenden genehmigungspflichtigen Leistungen kreuzen Sie bitte auf den beiliegenden Anlagen unter Angabe des Arztes, der diese Leistungen erbringen soll, an und geben diese schnellstmöglich an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt, Abt. Zulassungswesen, Postfach 1664, 39006 Magdeburg (Fax. 0391/627 8544) zurück.

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

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax, dienstl. \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Fax, privat \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachgebiet \_\_\_\_\_

Im Rahmen meiner

Zulassung

Ermächtigung

voraussichtlicher Beginn der Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Anstellung

Praxis/MVZ: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

möchte ich folgende genehmigungspflichtige Leistungen erbringen und bitte um Zusendung der entsprechenden Unterlagen:

*Das Ankreuzen der entsprechenden genehmigungspflichtigen Leistung ist auch dann zwingend erforderlich, wenn Sie bereits vertragsärztlich tätig sind und sich lediglich Ihr Zulassungsstatus ändert.*

*Die nachfolgenden Leistungen dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur durchgeführt und abgerechnet werden, wenn von der KV Sachsen-Anhalt eine Genehmigung vergeben wurde.*

**Ich beabsichtige, im Rahmen meiner vertragsärztlichen Tätigkeit folgende genehmigungspflichtige Leistungen zu erbringen und abzurechnen:**

| <b>Genehmigungspflichtige Leistung</b>   | <b>Ansprechpartnerinnen</b>  | <b>Telefon</b>                 |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abklärungskolposkopie   | Frau Gladow                  | 0391 627-7448                  |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur  | Frau Rößler                  | 0391 627-6448                  |
| <input type="checkbox"/> Akuter Hörsturz   | Frau Hanstein                | 0391 627-6449                  |
| <input type="checkbox"/> Ambulantes Operieren  | Frau Schmidt                 | 0391 627-6435                  |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Katarakt-Operationen                                      | Frau Schmidt                 | 0391 627-6435                  |
| <input type="checkbox"/> Arthroskopie  | Frau Schmidt                 | 0391 627-6435                  |
| <input type="checkbox"/> Balneophototherapie   | Frau Schmidt                 | 0391 627-6435                  |
| <input type="checkbox"/> Belegärztliche Tätigkeit  | Frau Maiwald                 | 0391 627-6440                  |
| <input type="checkbox"/> Blasenfunktionsstörungen/Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin | Frau Maiwald                 | 0391 627-6440                  |
| <input type="checkbox"/> Chirotherapie   | Frau Kuntze                  | 0391 627-7436                  |
| <input type="checkbox"/> Computertomographie/Bestrahlungsplanung                             | Frau Fricke                  | 0391 627-6443                  |
| <input type="checkbox"/> Dermatohistologie   | Frau Schmidt                 | 0391 627-6435                  |
| <input type="checkbox"/> Dialyse   | Frau Diósi<br>Frau Irmer     | 0391 627-7334<br>0391 627-7340 |
| <input type="checkbox"/> Dünndarm-Kapselendoskopie   | Frau Fricke                  | 0391 627-6443                  |
| <input type="checkbox"/> Früherkennungsuntersuchung U10, U11, J2                             | Frau Brumm                   | 0391 627-7447                  |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung – Schwangere  | Frau Kuntze<br>Frau Platenau | 0391 627-7436<br>0391 627-6436 |
| <input type="checkbox"/> Früherkennung – augenärztlich                                       | Frau Rößler                  | 0391 627-6448                  |
| <input type="checkbox"/> Handchirurgie   | Frau Schmidt                 | 0391 627-6435                  |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebscreening/  | Frau Rößler                  | 0391 627-6448                  |
| <input type="checkbox"/> Hautkrebsvorsorge-Verfahren   | Frau Rößler                  | 0391 627-6448                  |
| <input type="checkbox"/> Histopathologie beim Hautkrebs-Screening                            | Frau Schmidt                 | 0391 627-6435                  |
| <input type="checkbox"/> HIV-Aids; Schwerpunktpraxis   | Frau Rößler                  | 0391 627-6448                  |
| <input type="checkbox"/> HIV Präexpositionsprophylaxe (PrEP)                                 | Frau Rößler                  | 0391 627-6448                  |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie   | Frau Rößler                  | 0391 627-6448                  |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Kinder  | Frau Hanstein                | 0391 627-6449                  |
| <input type="checkbox"/> Hörgeräteversorgung Erwachsene                                      | Frau Hanstein                | 0391 627-6449                  |
| <input type="checkbox"/> Indikationsbeurteilung zur Einleitung der LDL-Apherese              | Frau Diósi<br>Frau Irmer     | 0391 627-7334<br>0391 627-7340 |



|  |               |               |
|--|---------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Intravitreale Medikamentengabe  | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> Invasive Kardiologie  | Frau Fricke   | 0391 627-6443 |
| <input type="checkbox"/> Knochendichte-Messung   | Frau Münzel   | 0391 627-7443 |
| <input type="checkbox"/> Koloskopie  | Frau Fricke   | 0391 627-6443 |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung  | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> Kurärztliche Tätigkeit  | Frau Hanstein | 0391 627-6441 |
| <input type="checkbox"/> Langzeit-EKG-Untersuchungen   | Frau Diósi    | 0391 627-7334 |
|  | Frau Irmer    | 0391 627-6340 |
| <input type="checkbox"/> Laborleistungen des Neugeborenen-Screening/ Screening auf Mukoviszidose | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> Mammographie  | Frau Münzel   | 0391 627-7443 |
| <input type="checkbox"/> Molekulargenetik  | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> MR-Angiographie   | Frau Fricke   | 0391 627-6443 |
| <input type="checkbox"/> MRSA  | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> MRT   | Frau Fricke   | 0391 627-6443 |
| <input type="checkbox"/> MRT der Mamma   | Frau Fricke   | 0391 627-6443 |
| <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren  | Frau Rößler   | 0391 627-6448 |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Therapie  | Frau Brumm    | 0391 627-7447 |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin  | Frau Münzel   | 0391 627-7443 |
| <input type="checkbox"/> Onkologisch verantwortlicher Arzt                                       | Frau Platenau | 0391 627-6436 |
| <input type="checkbox"/> Otoakustische Emission  | Frau Münzel   | 0391 627-7443 |
| <input type="checkbox"/> Palliativversorgung   | Frau Brumm    | 0391 627-7447 |
| <input type="checkbox"/> PET, PET/CT   | Frau Fricke   | 0391 627-6443 |
| <input type="checkbox"/> Pflegeheimversorgung  | Frau Rößler   | 0391 627-6448 |
| <input type="checkbox"/> Photodynamische Keratektomie  | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> Phototherapeutische Keratektomie  | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> Physikalische Therapie  | Frau Maiwald  | 0391 627-6440 |
| <input type="checkbox"/> Polygraphie   | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> Polysomnographie  | Frau Schmidt  | 0391 627-6435 |
| <input type="checkbox"/> Praxisassistentin   | Frau Maiwald  | 0391 627-6440 |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung  | Frau Brumm    | 0391 627-7447 |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie  | Frau Brumm    | 0391 627-7447 |
| <input type="checkbox"/> Radiologie (Interventionelle)   | Frau Fricke   | 0391 627-6443 |
| <input type="checkbox"/> Rhythmusimplantat-Kontrolle   | Frau Diósi    | 0391 627-7334 |
|  | Frau Irmer    | 0391 627-6340 |

|  |                              |                                |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik (Allgemeine)  | Frau Fricke                  | 0391 627-6443                  |
| <input type="checkbox"/> Schmerztherapie   | Frau Münzel                  | 0391 627-7443                  |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrie   | Frau Maiwald                 | 0391 627-6440                  |
| <input type="checkbox"/> Sozialpsychiatrische Versorgung<br>von Kindern/Jugendlichen                               | Frau Brumm                   | 0391 627-7447                  |
| <input type="checkbox"/> Soziotherapie   | Frau Brumm                   | 0391 627-7447                  |
| <input type="checkbox"/> Spezialisierte geriatrische Diagnostik  | Frau Rößler                  | 0391 627-6448                  |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen   | Frau Schmidt                 | 0391 627-6435                  |
| <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie  | Frau Münzel                  | 0391 627-7443                  |
| <input type="checkbox"/> Strahlentherapie  | Frau Münzel                  | 0391 627-7443                  |
| <input type="checkbox"/> Substitutionsgestützte Behandlung<br>Opioidabhängiger                                     | Frau Gladow                  | 0391 627-7435                  |
| <input type="checkbox"/> Telekonsil  | Frau Fricke                  | 0391 627-6443                  |
| <input type="checkbox"/> Ultraschall Diagnostik  | Frau Kuntze<br>Frau Platenau | 0391 627-7436<br>0391 627-6436 |
| <input type="checkbox"/> Vakuumbiopsie der Brust   | Frau Hanstein                | 0391 627-6449                  |
| <input type="checkbox"/> Videosprechstunde   | Frau Brumm                   | 0391 627-7447                  |
| <input type="checkbox"/> Zweitmeinungsverfahren<br>Mandelentfernung, Gebärmutterentfernung<br>Schulterarthroskopie | Frau Brumm                   | 0391 627-7447                  |

### Zytologie

|                  |              |               |
|------------------|--------------|---------------|
| Urinzytologie    | Frau Schmidt | 0391 627-6435 |
| Zervix-Zytologie | Frau Gladow  | 0391 627-7435 |

### Disease-Management-Programme (DMP)

|  |               |               |
|--|---------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma/COPD                   | Frau Hahne    | 0391 627-6447 |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs                    | Frau Münzel   | 0391 627-7443 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1       | Frau Hahne    | 0391 627-6447 |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2       | Frau Hahne    | 0391 627-6447 |
| <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit        | Frau Hahne    | 0391 627-6447 |
| <input type="checkbox"/> Hausarztzentrierte Versorgung | Frau Dressler | 0391 627-6234 |

## **Für Psychotherapeuten:**

### **Genehmigungspflichtige Leistung**

### **Ansprechpartner**

### **Telefon**

#### **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Frau Brumm

0391 627-7447

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen
- Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen
- Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen

#### **Analytische Psychotherapie**

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen
- Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen
- Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen

#### **Verhaltenstherapie**

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen
- Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen
- Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen

#### **Systemische Therapie**

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen

#### **Autogenes Training / Jacobsonsche Relaxation**

- Einzeltherapien bei Erwachsenen
- Gruppentherapien bei Erwachsenen
- Einzeltherapien bei Kindern und Jugendlichen
- Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen

#### **Neuropsychologische Therapie**

#### **Hypnose**

#### **EMDR**