

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen**
gemäß Anlage I Nr. 4 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als drei Betriebsstätten)

Bitte bei jeder Adresse angeben, ob es sich um eine Haupt-/Nebenbetriebsstätte (z.B. genehmigte Filiale) mit eigener BSNR handelt oder ggf. einen ausgelagerten Praxisraum.

- Für **ausgelagerte Praxisräume** gilt folgendes:
- Für ausgelagerte Praxisräume wird derzeit **keine BSNR** vergeben.
- Sie müssen in **räumlicher Nähe** zu einer Haupt-/Nebenbetriebsstätte liegen (regelmäßig **maximal 30 Minuten Fahrzeit**).
- **Die Leistungen sind unter der BSNR der Betriebsstätte abzurechnen, der der ausgelagerte Praxisraum aufgrund der räumlichen Nähe zugeordnet ist.**
- Der **Erstkontakt** mit den Patienten muss stets in der Haupt-/Stammpraxis stattfinden.

1. Adresse: _____

Haupt-/Nebenbetriebsstätte mit eigener BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Die Stoßwellenlithotripsien werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

Ausgelagerter Praxisraum in räumlicher Nähe zu folgender Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

Adresse: _____ BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Die Stoßwellenlithotripsien werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

Entfernung/Fahrzeit zwischen ausgelagertem Praxisraum und v.g. Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

_____ **Kilometer** _____ **Minuten**

2. Adresse: _____

Haupt-/Nebenbetriebsstätte mit eigener BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Die Stoßwellenlithotripsien werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

Ausgelagerter Praxisraum in räumlicher Nähe zu folgender Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

Adresse: _____ BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Die Stoßwellenlithotripsien werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

Entfernung/Fahrzeit zwischen ausgelagertem Praxisraum und v. g. Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

_____ **Kilometer** _____ **Minuten**

3. Adresse: _____

Haupt-/Nebenbetriebsstätte mit eigener BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Die Stoßwellenlithotripsien werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

Ausgelagerter Praxisraum in räumlicher Nähe zu folgender Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

Adresse: _____ BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Die Stoßwellenlithotripsien werden über die vorgenannte BSNR abgerechnet.

Entfernung/Fahrzeit zwischen ausgelagertem Praxisraum und v.g. Haupt-/Nebenbetriebsstätte:

_____ **Kilometer** _____ **Minuten**

Falls ein **Belegkrankenhaus** angegeben wurde:

Die beantragten Leistungen werden dort **stationär** bei Belegpatienten erbracht, auch **ambulant** erbracht (ausgelagerter Praxisraum).

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistung:

Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

3. Fachliche Voraussetzungen

Für Urologen:

Nachweis über das Führen der Facharztbezeichnung „Urologie“

und

Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien

und

Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes

oder (falls Genehmigung nicht vorliegt)

Genehmigung wurde am _____ beantragt
Datum

Für andere Fachgruppen:

Nachweis über das Führen der Facharztbezeichnung _____

Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien

und

Nachweis über die Durchführung von mindestens 20 perkutanen Nephrostomien

und

Nachweis über die Durchführung von mindestens 20 retrograden Sondierungen der Ureten als Techniken der Harnableitung

und

Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes

oder (falls Genehmigung nicht vorliegt)

Genehmigung wurde am _____ beantragt
Datum

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
Für Urologen:		
1) Facharzturkunde „Urologie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Zeugnis über die selbständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes	<input type="checkbox"/>	
Für andere Fachgruppen:		
1) Entsprechende Facharzturkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Zeugnis über die selbständige Durchführung von mindestens 200 Harnstein-Stoßwellenlithotripsien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Zeugnis über die Durchführung von mindestens 20 perkutanen Nephrostomien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Zeugnis über die Durchführung von mindestens 20 retrograden Sondierungen der Ureten als Techniken der Harnableitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Genehmigung zur Abrechnung sonographischer Untersuchungen der Urogenitalorgane (ohne weibliche Genitalorgane) und zur Röntgendiagnostik des Harntraktes	<input type="checkbox"/>	

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Anlage I Nr. 4 der "Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung" (früher BUB-Richtlinie) ist unter www.g-ba.de / Informationsarchiv / Richtlinien abrufbar.