

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

**Antrag**  
**auf Anerkennung als Belegarzt**

**1. Allgemeine Angaben**

<b>Antragsteller</b> (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)	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Titel</b> _____	
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<b>Facharztbezeichnung</b> _____	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort <b>der Hauptbetriebsstätte</b>	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab _____ tt.mm.jj	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____ (Name der BAG)	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____ (Name des MVZ)	



### 3. Erklärung

#### Zur Nebentätigkeit:

Ich erkläre, dass ich/der Belegarzt neben der ambulanten ärztlichen Tätigkeit keine anderweitige Tätigkeit ausübe/ausübt.

Ich/Der Belegarzt übe/übt eine Nebentätigkeit aus.

Tätigkeit als: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsort: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Std./Woche: \_\_\_\_\_

#### Zur Entfernung:

Die Entfernung/Fahrzeit zum Krankenhaus beträgt

- vom Hauptwohnsitz \_\_\_\_\_ km und durchschnittlich \_\_\_\_\_ Minuten

**Wohnort** \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

- von der Praxis \_\_\_\_\_ km und durchschnittlich \_\_\_\_\_ Minuten.

Ich erkläre, dass meine/die Wohnung und meine/die Praxis so nahe am Krankenhaus liegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von mir/dem Belegarzt ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.

#### Zum Bereitschaftsdienst:

Belegärzte sind verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für Belegpatienten vorzuhalten. Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist dann sichergestellt, wenn sich ein bereitchaftsdiensthabender Arzt im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der Belegabteilung rechtzeitig tätig werden zu können. Eine Rufbereitschaft außerhalb des Krankenhauses reicht hierfür nicht aus.

Ich versichere, dass während meiner Abwesenheit/der Abwesenheit des Belegarztes vom Krankenhaus der Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten durch die Anwesenheit eines Arztes rund um die Uhr im Krankenhaus und zwar

durch Belegärzte       durch angestellte Ärzte

sichergestellt ist.

Zusätzlich zu o. g. Bereitschaftsdienst besteht erforderlichenfalls Rufbereitschaft außerhalb des Krankenhauses:

durch mich/den Belegarzt selbst       durch andere Belegärzte

**Zum Honorarvertragsmodell nach § 121 Abs. 5 SGB V:**

Mit dem vorstehend genannten Krankenhaus wurde zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen ein Honorarvertrag geschlossen (Die Abrechnung der Leistungen erfolgt direkt mit dem Krankenhaus).


Ja     Nein, (bitte ausgefüllte Anlage B einreichen)

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, 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.**

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KVB meinen Antrag mit den darin gemachten Angaben an die Landesverbände der Krankenkassen zum Zwecke der Herstellung des nach § 40 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte erforderlichen Einvernehmens weiterleitet.**


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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigte / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

## 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.

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.

Nach § 40 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte entscheidet über die Anerkennung als Belegarzt die für seinen Niederlassungsort zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen.

Zur Herstellung dieses Einvernehmens müssen wir Ihren Antrag an die Landesverbände der Krankenkassen weiterleiten. Hierfür benötigen wir nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung. Auch diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit bei der oben im Adressfeld genannten Stelle widerrufen werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei fehlender Einwilligung Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann.

Nach den Bestimmungen entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns im Einvernehmen mit allen Landesverbänden der Krankenkassen über den Antrag auf Anerkennung als Belegarzt. Da dieses Abstimmungsverfahren in der Regel einige Zeit in Anspruch nimmt, sollte der Antrag **mindestens 8 Wochen** vor dem geplanten Beginn der belegärztlichen Tätigkeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Sicherstellung, Eisenheimerstr. 39, 80687 München, eingereicht werden.

Die belegärztliche Tätigkeit bedarf der **vorherigen** Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. **Rückwirkende** Genehmigungen können aus rechtlichen Gründen **nicht erteilt** werden. **Ohne** Vorliegen der erforderlichen Belegarztanerkennung dürfen Leistungen weder erbracht noch abgerechnet werden.

#### **Folgende Voraussetzungen müssen zwingend erfüllt sein:**

- Das Krankenhaus muss in der aktuellen Fassung des Krankenhausplanes des Freistaates Bayerns ausgewiesen sein.
- Das Krankenhaus muss die Fachrichtung als Belegabteilung vorhalten (das Vorhalten der Fachrichtung als Hauptabteilung reicht nicht aus).
- Das Belegkrankenhaus muss sowohl von der Praxis als auch vom Hauptwohnsitz regelhaft innerhalb von 30 Minuten zu erreichen sein.

**Bitte beachten Sie:** Die Krankenhäuser sollen Belegärzten gleicher Fachrichtung die Möglichkeit geben, ihre Patienten gemeinsam zu behandeln (kooperatives Belegarztwesen).

Sofern der **Antrag von einem MVZ** gestellt wird, ist folgendes zu beachten:

Die stationäre Tätigkeit des MVZ (Inhaber der Belegarztanerkennung) darf nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des MVZ bilden. Das MVZ muss aufgrund seiner Zulassung in erforderlichem Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen.

Die komplette Darstellung des Bundesmantelvertrages finden Sie bei Bedarf unter:

<http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

**Anlage A**  
**zum Antrag auf Anerkennung als Belegarzt**

**Antragsteller**

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

**bzw.**

**beim Antragsteller tätiger Arzt**

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

**Erklärung des Krankenhausträgers**

Hiermit wird bestätigt, dass dem antragstellenden Arzt bzw. dem beim Antragsteller tätigen Arzt ab

\_\_\_\_\_ in der Abteilung \_\_\_\_\_ insgesamt bis zu  
Datum

\_\_\_\_\_ Belegbetten zur Ausübung belegärztlicher Tätigkeit zur Verfügung stehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Krankenhausträger



Stempel Krankenhausträger

## Anlage B

Bitte füllen Sie diese Leistungsübersicht nur dann aus, wenn Sie die Leistungen innerhalb der beantragten belegärztlichen Tätigkeit über die KVB abrechnen möchten.

- Ich möchte im Rahmen der beantragten belegärztlichen Tätigkeit **keine genehmigungspflichtige** Leistung erbringen
- Ich möchte folgende genehmigungspflichtige Leistungen innerhalb der beantragten belegärztlichen Tätigkeit erbringen:

<b>Arthroskopie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Chirotherapie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Computertomographie</b>	
Kopf / Ganzkörper	<input type="checkbox"/>
Bestrahlungsbehandlung	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetischer Fuß</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Dünndarm-Kapselendoskopie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Interventionelle Radiologie (Katheterangiographien)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Invasive Kardiologie (Linkskatheteruntersuchungen)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>IVM -Intravitreale Medikamenteneingabe</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Kernspintomographie</b>	
MRT Angiographie	<input type="checkbox"/>
MRT Ganzkörper	<input type="checkbox"/>
MRT Mamma	<input type="checkbox"/>
<b>Knochendichtemessung/Osteodensitometrie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Koloskopie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Langzeit-EKG</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Laserverfahren beim benignen Prostatasyndrom</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Liposuktion bei Lipödem im Stadium III</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Mammographie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Nuklearmedizin</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Otoakustische Emissionen</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Photodynamische Therapie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Positronen-Emissions-Tomographie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Positronen-Emissions-Tomographie mit CT</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Polygraphie</b>	<input type="checkbox"/>



<b>Polysomnographie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Rhythmusimplantat-Kontrolle (nur Funktionsanalyse)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Röntgendiagnostik</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Schmerztherapie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonographie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL)</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Strahlentherapie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Vakuumbiopsie der Brust</b>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt- Ärztin /  
Vertragspsychotherapeut- therapeutin /  
MVZ/BAG Vertretungsberechtigte/r / Angestellter/in



Stempel Antragsteller