

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf Anerkennung als Belegarzt als vertragsärztlich tätiger Anästhesist

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 _____	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ 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 Patienten gewährleistet ist.

Ich werde /der Belegarzt wird bei belegärztlichen Leistungen folgender Fachrichtungen belegärztlich tätig sein:

Zum Honorarvertragsmodell nach § 121 Abs. 5 SGB V:

Mit dem vorstehend genannten Krankenhaus wurde zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen ein Honorarvertrag geschlossen.


Ja Nein

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-
berechtigter / 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.

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

Anlage

zum Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

Antragstellender Anästhesist

Titel _____, Name _____, Vorname _____

bzw.

beim Antragsteller tätiger Anästhesist

Titel _____, Name _____, Vorname _____

Erklärung des Krankenhausträgers

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

ab _____ in den Belegabteilungen _____
Datum

die belegärztliche Tätigkeit gestattet wird.

Ort, Datum

Unterschrift Krankenhausträger



Stempel Krankenhausträger