

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-684
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team5@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Anerkennung als Belegarzt

gemäß §§ 38 bis 41 Bundesmantelvertrag – Ärzte

<p>Antragsteller</p> <p>_____</p> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <p>_____</p> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
--	--

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p> <p>_____</p> <p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung</p> <p>Name des Belegkrankenhauses _____</p> <p>Anschrift des Belegkrankenhauses _____</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																				

<p>Grund der Antragstellung</p> <p><input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)</p> <p>Genehmigung beantragt zum</p> <p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<p><input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs</p> <p>_____</p> <p>Datum</p> <p>_____</p> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>
---	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistung

- Anerkennung als Belegarzt
- Anerkennung als Honorar-Belegarzt - Honorarvertragsmodell nach § 121 Abs. 5 SGB V

Damit belegärztliche Operations-Leistungen (Kapitel 36.2 EBM) abgerechnet werden können, ist bitte ebenfalls die „Erklärung zur Teilnahme für belegärztliche Operationen bzw. Anästhesien“ auszufüllen.

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungs-erteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Nachweise nach § 40 Bundesmantelvertrag-Ärzte

- Belegarztvertrag
- Einverständnis des Krankenhauses über die belegärztliche Tätigkeit und Bescheinigung über die Zahl der zur Verfügung gestellten Belegbetten (Bitte als gesondertes Schreiben beifügen.)

Nebentätigkeiten

- Ort/Art/Umfang: _____

- keine

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes darf nicht das Schwergewicht der Gesamttätigkeit des Vertragsarztes bilden.

Es wird erklärt, dass der Belegarzt neben der ambulanten ärztlichen Tätigkeit keine anderweitige Tätigkeit ausübt, die eine ordnungsgemäße stationäre Versorgung von Patienten beeinträchtigt. Darüber hinaus liegen in der Person des Belegarztes keine wichtigen Gründe, die die stationäre Versorgung von Patienten nicht gewährleisten. Die Wohnung (des Arztes) und Praxis (Betriebsstätte, an der der Arzt überwiegend tätig ist) liegen so nahe am Krankenhaus (max. 30 Minuten Entfernung), dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von dem Belegarzt ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist. Belegärzte sind gemäß § 39 Abs. 6 BMV-Ä 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.

Die KV Berlin macht Sie darauf aufmerksam, dass die Erteilung der Abrechnungsgenehmigung zur Anerkennung als Belegarzt von einer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung abhängig ist.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen als Belegarzt erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)



Stellungnahme der Verbände der Krankenkassen

gemäß § 38 bis § 41 Bundesmantelvertrag-Ärzte

- nur von den Verbänden der Krankenkassen auszufüllen -

AOK, Landesverband der BKK und Landesverband IKK

Einvernehmen: Ja unbefristet
 befristet bis zum _____
 Nein

Verband der Angestellten Krankenkassen e.V.

Einvernehmen: Ja unbefristet
 befristet bis zum _____
 Nein

Begründung bei Ablehnung

Ort, Datum

Kassenstempel/Unterschrift