



Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Team Genehmigungen Ärzte
Robert-Schimrigk-Straße 4 – 6
44141 Dortmund

Tel.: 0231/9432 3788
Fax: 0231/9432-87054

Antrag auf Anerkennung als Belegarzt¹ nach § 40 Bundesmantelvertrag-Ärzte

A Allgemeine Angaben

1. Angaben des Antragstellers Vertragsarzt, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft (Bei angestelltem Arzt der Arbeitgeber)

LANR: BSNR:

Name:

Vorname:

Facharztbezeichnung:

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft/MVZ zugelassener Vertragsarzt.

Ich bin Bevollmächtigter der BAG (Bitte eine entsprechende Vollmacht beifügen.).

Name der BAG:

Ich bin Bevollmächtigter des MVZ (Bitte eine entsprechende Vollmacht beifügen.).

Name des MVZ:

¹ Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird davon abgesehen, bei Fehlen einer geschlechtsneutralen Formulierung sowohl die männliche als auch weitere Formen anzuführen. Die in diesem Antrag gewählten männlichen Formulierungen gelten deshalb uneingeschränkt auch für die weiteren Geschlechter.

2. Beantragung

2.1 Folgende Person soll als Belegarzt tätig werden:

der Antragsteller persönlich

der beim Antragsteller angestellte Arzt

LANR:

Name:

Vorname:

Fachgebiet(e):

2.2 Anschrift des Hauptwohnsitzes

PLZ/Ort:

Straße/Hausnr.:

2.3 Anschrift der/des Praxis/BAG/MVZ (hauptsächlich tätig)

PLZ/Ort:

Straße/Hausnr.:

2.4 Anschrift des Krankenhauses

Name des Krankenhauses:

Straße/Hausnr.:

PLZ/Ort:

3. Erklärung

3.1 Entfernung

Die Entfernung/Fahrzeit zum Krankenhaus beträgt

vom Hauptwohnsitz		km und durchschnittlich		Minuten.
-------------------	--	-------------------------	--	----------

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.

Sollten sich betreffend meiner/der belegärztlichen Tätigkeit nach Anerkennung als Belegarzt Änderungen ergeben, verpflichte ich mich, die KVWL hiervon unverzüglich in Kenntnis zu setzen, um eine ggf. vorab erforderliche Genehmigung einholen zu können. Eine Neubeantragung der Belegarztanerkennung ist zwingend erforderlich bei Wechsel der vertragsärztlichen Tätigkeit (Zulassung – Anstellung) sowie Änderungen hinsichtlich der Wohnungs- und Praxisanschrift sowie Verlegung der Belegabteilung.

3.2 Nebentätigkeit

Ich erkläre, dass ich neben meiner ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit keine anderweitige Nebentätigkeit (jede Nebentätigkeit ist im Einzelnen in einem gesonderten Schreiben mit Ort und Umfang (Wochenstunden) anzugeben) ausübe.

3.3 Honorarvertragsmodell nach § 121 Abs. 5 SGB V

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

Ja

Nein

3.4 Belegarztstätigkeit an einem weiteren Krankenhaus

Der Antragsteller bzw. der beim Antragsteller angestellte Arzt verfügt bereits über eine Belegarztanerkennung für ein anderes Krankenhaus und soll zusätzlich am o. g. Krankenhaus belegärztlich tätig werden.

Ja

Nein

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller angestellte 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 Antrages.

Wichtige Hinweise:

Die beantragte Leistung darf erst ab dem Tag erbracht und abgerechnet werden, wenn Ihnen als Antragsteller der Genehmigungsbescheid zugegangen ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Bearbeitungszeiten, die bis zu 6 Wochen betragen können und planen diesen Umstand entsprechend ein.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des
Vertragsarztes /
Vertretungsberechtigten der
BAG / des MVZs

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift des beim
Antragsteller tätigen Arztes

B Erklärung des Krankenhausträgers

1. Die Belegarztanerkennung wird für folgendes Krankenhaus beantragt

Name des Krankenhauses:	
Straße/Hausnr.:	
PLZ/Ort:	

2. Beginn der Tätigkeit

Die belegärztliche Tätigkeit soll am		aufgenommen werden.
--------------------------------------	--	---------------------

3. Anzahl der Belegbetten und bisherige Nutzung

3.1 Das Krankenhaus ist bereit folgendem Arzt die belegärztliche Tätigkeit zu gestatten:

Name:	
Vorname:	
Name der Belegabteilung:	
Anzahl der Belegbetten:	

3.2 Die Belegbetten wurden bisher von folgendem Arzt genutzt:

Name:	
Vorname:	
Enddatum:	

4.	Krankenhausplan/Versorgungsvertrag
-----------	---

4.1	Der Krankenhausplan/Versorgungsvertrag sieht folgende Bettenzahl für die Belegabteilung vor:	
------------	---	--

4.2	Diese Betten teilen sich nunmehr wie folgt auf:
------------	--

Belegarzt:		=		Betten
Belegarzt:		=		Betten
Belegarzt:		=		Betten
Belegarzt:		=		Betten
Belegarzt:		=		Betten
Belegarzt:		=		Betten
Belegarzt:		=		Betten
Belegarzt:		=		Betten

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des
Krankenhauses

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des
Antragstellers



Informationsblatt

Wichtige Hinweise zur belegärztlichen Tätigkeit

- 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 (hier: Westfalen-Lippe) auf Antrag im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen.
- 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 zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung widerrufen werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass bei fehlender Einwilligung Ihr Antrag nicht bearbeitet werden kann.
- Da dieses Abstimmungsverfahren in der Regel einige Zeit in Anspruch nimmt, sollte der Antrag **mindestens 6 Wochen** vor dem geplanten Beginn der belegärztlichen Tätigkeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Team Genehmigungen/Ärzte, Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6, 44141 Dortmund, 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 Belegarztgenehmigung dürfen Leistungen weder erbracht noch abgerechnet werden.
- Beachten Sie bitte, dass **alle** Voraussetzungen nach § 39 Bundesmantelvertrag-Ärzte zwingend erfüllt werden müssen.
- Die stationäre Tätigkeit des Inhabers der Belegarztanerkennung darf **nicht das Schwergewicht** der Gesamttätigkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit bilden. Er muss im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen.