

ACHTUNG:

- Bitte kreuzen Sie in der nachfolgenden Übersicht die Leistungen an, die Sie aufgrund Ihrer Qualifikation erbringen und abrechnen möchten.
- Wir senden Ihnen anschließend die Antragsunterlagen zu. Füllen Sie diese aus und reichen Sie diese bei der KVB ein.
- Ohne entsprechende Antragsstellung und Verbescheidung können Sie die jeweiligen genehmigungspflichtigen Leistungen nicht mit uns abrechnen (d.h. keine Vergütung!)

Senden Sie die folgende Übersicht der Abrechnungsberechtigungen ausgefüllt zusammen mit dem Antrag an den Zulassungsausschuss zurück.

Falls Sie Fragen hierzu haben, weitere Informationen erhalten Sie auf den nächsten Seiten (in der Übersicht) sowie in Ihrem zuständigen Beratungscenter:

<https://www.kvb.de/mitglieder/beratung>

Übersicht der Abrechnungsberechtigungen - Ermächtigte

Diese Übersicht enthält Abrechnungsleistungen, die einer Genehmigungspflicht durch die KVB unterliegen. Um diese Leistungen erbringen und abrechnen zu können, müssen die entsprechenden Anträge und Teilnahmeerklärungen vorab bei der **KVB** eingereicht und genehmigt werden. Mit dieser Übersicht können Sie die hierfür erforderlichen Anträge und Formulare auswählen.

Antragsteller/in:	
Titel <input type="text"/>	Name <input type="text"/> , Vorname <input type="text"/>
Facharztbezeichnung <input type="text"/>	
LANR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/> Adresse	

Zusendung der Unterlagen:	
<input type="checkbox"/> Keine Zusendung der Unterlagen (Verlinkungen) durch die KVB gewünscht, weil:	
<input type="checkbox"/> Diese direkt von der Homepage der KVB geladen werden/wurden	
<input type="checkbox"/> Diese bereits vorliegen	
<input type="checkbox"/> Diese über „Meine KVB“ online* beantragt werden/wurden	
<input type="checkbox"/> Die Verlinkungen zu den Formularen an folgende E-Mail Adresse senden:	
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>
Ansprechpartner bei Rückfragen:	
Name <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>
Telefonnummer:	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse:	<input type="text"/>

*Meine KVB - hier finden Sie die zur Verfügung stehenden Anträge und Teilnahmeerklärungen, die Sie mit einem Zugang direkt online bei uns beantragen können.

Die Anträge und Formulare finden Sie unter:

<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice>

Auswahl der Anträge und Formulare:

1.	Anträge und Teilnahmeerklärung	
	Abklärungskolposkopie	<input type="checkbox"/>
	ACHT – Vertrag endet am 30.06.2026	<input type="checkbox"/>
	Aids-Erkrankung/HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>
	Akupunktur	<input type="checkbox"/>
	Amblyopiescreening (nur für Augenärzte)	<input type="checkbox"/>
	Ambulante Operationen (nur für fachärztlich tätige Ärzte in operierenden Fachgebieten; gilt nicht für Anästhesisten)	<input type="checkbox"/>
	Apherese-Behandlung	<input type="checkbox"/>
	Arthroskopie	<input type="checkbox"/>
	Außerklinische Intensivpflege - Potenzialerhebung	<input type="checkbox"/>
	Außerklinische Intensivpflege - Verordnung	<input type="checkbox"/>
	Balneophototherapie	<input type="checkbox"/>
	Belegarztanerkennung	<input type="checkbox"/>
	Besondere Versorgung von Patienten mit COPD und KHK (Voraussetzung ist die Teilnahme am DMP-Vertrag)	<input type="checkbox"/>
	Botox-Behandlung bei Erkrankungen der Blase (DAK-Vertrag)	<input type="checkbox"/>
	Chirotherapie	<input type="checkbox"/>
	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen – CED (BARMER-Vertrag)	<input type="checkbox"/>
	Chronische Niereninsuffizienz (Vertrag nach §140aSGB V mit der AOK) - nur für Raum Mittelfranken	<input type="checkbox"/>
	Computertomographie	<input type="checkbox"/>
	Computertomographie für Bestrahlungsplanung	<input type="checkbox"/>
	Dermahistologische Leistungen	<input type="checkbox"/>
	Diabetesvertrag (DAK-Gesundheit/KKH/TK) (Voraussetzung ist die Teilnahme am Vertrag DMP)	<input type="checkbox"/>

Diabetischer Fuß	<input type="checkbox"/>
Dialyse	<input type="checkbox"/>
Disease-Management-Programme (DMP) DMP Asthma/COPD DMP Diabetes mellitus Typ 1 DMP Diabetes mellitus Typ 2 DMP KHK	<input type="checkbox"/>
DMP Brustkrebs	<input type="checkbox"/>
Dünndarm-Kapselendoskopie	<input type="checkbox"/>
Entwicklungsuntersuchung für Hausärzte	<input type="checkbox"/>
Früherkennungsuntersuchung (U10/U11/J2)	<input type="checkbox"/>
Frühförderung	<input type="checkbox"/>
Geriatrische Diagnostik	<input type="checkbox"/>
Gesund Schwanger FÄ f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe FÄ f. Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Glukosemessung	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Leistungen für Hausärzte	<input type="checkbox"/>
Hallo Baby FÄ f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Voraussetzung zur Erbringung von Laborleistungen O-III FÄ f. Laboratoriums Medizin / FÄ für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Handchirurgische Leistungen Chirurgen Orthopäden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hausarztvertrag LKK (nur wenn Sie über die KVB abrechnen!)	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening für Hausärzte	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening für Dermatologen	<input type="checkbox"/>
Hautkrebsscreening für unter 35-jährige Versicherte (nur für Dermatologen)	<input type="checkbox"/>

Histopathologie Hautkrebsscreening	<input type="checkbox"/>
HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	<input type="checkbox"/>
Hörgeräteversorgung Jugendliche und Erwachsene	<input type="checkbox"/>
Hörgeräteversorgung Kinder	<input type="checkbox"/>
Homöopathievertrag	
IKK-Classic	<input type="checkbox"/>
SECURVITA	<input type="checkbox"/>
Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	<input type="checkbox"/>
Hypertonievertrag	<input type="checkbox"/>
Interventionelle Radiologie (Katheterangiographien)	<input type="checkbox"/>
Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)	<input type="checkbox"/>
IVOM	
BKK-IVOM-Strukturvertrag	<input type="checkbox"/>
DAK-IVOM-Strukturvertrag	<input type="checkbox"/>
(Elektrische) Kardioversion – BKK Audi Vertrag zur Versorgung von Patienten mit tachykarden Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>
Kataraktoperationen (Teilnahme nur an einem Modul möglich!)	
Modul 1 (Operationsmodul)	<input type="checkbox"/>
Modul 2 (Anästhesiemodul)	<input type="checkbox"/>
Modul 3 (Betreuungsmodul)	<input type="checkbox"/>
Kernspintomographie	<input type="checkbox"/>
Kernspintomographie der Mamma	<input type="checkbox"/>
Knochendichtemessung/Osteodensitometrie	<input type="checkbox"/>
Koloskopie	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage	<input type="checkbox"/>
Kurarzt	<input type="checkbox"/>
Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt 32.3 EBM	<input type="checkbox"/>

Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt 32.3 EBM - Aussetzung des Laborbudgets für Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie/ Endokrinologie/ Hämatologie und Intern. Onkologie/Pneumologie, Lungenarzt Facharzt für Nuklearmedizin Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Facharzt für Urologie	<input type="checkbox"/>
Langzeit-EKG	<input type="checkbox"/>
Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndrom (bPS)	<input type="checkbox"/>
Linksherzkatheteruntersuchungen (Invasive Kardiologie)	<input type="checkbox"/>
Liposuktion bei Lipödem im Stadium III	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>
Molekulargenetik	<input type="checkbox"/>
MR-Angiographie	<input type="checkbox"/>
MRSA	<input type="checkbox"/>
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
Neugeborenen-Screening (nur für Laborärzte!)	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologische Therapie	<input type="checkbox"/>
Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA) Hausärzte: NäPa I <input type="checkbox"/> NäPa II <input type="checkbox"/> Fachärzte: NäPA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nuklearmedizin	<input type="checkbox"/>
Onkologie	<input type="checkbox"/>
OrthoHeroBKK	<input type="checkbox"/>
Otoakustische Emissionen	<input type="checkbox"/>

Palliativmedizinische Versorgung	
allgemeine ambulante Palliativversorgung	<input type="checkbox"/>
ambulante Palliativversorgung in Unter-, Mittel-, Oberfranken und die Oberpfalz	<input type="checkbox"/>
regionale ambulante Betreuung von Palliativpatienten in Bayern mit der AOK	<input type="checkbox"/>
Pflegeheimversorgung	<input type="checkbox"/>
Photodynamische Therapie	<input type="checkbox"/>
Phototherapeutische Keratektomie	<input type="checkbox"/>
Positronen-Emissions-Tomographie/Positronen-Emissions-Tomographie mit CT	<input type="checkbox"/>
Pränataltest	<input type="checkbox"/>
Proktologische Leistungen	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Komplexversorgung	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Grundversorgung	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>
Rhythmusimplantat-Kontrolle	<input type="checkbox"/>
Röntgendiagnostik	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe- Polygraphie	<input type="checkbox"/>
Schlafapnoe-Polysomnographie	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie (Zusatzweiterbildungen erforderlich! z.B. Spezielle Schmerztherapie)	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapeutische Einrichtung (Genehmigung)	<input type="checkbox"/>
Sonographie/Ultraschall-Untersuchung	
Hausärztlich	<input type="checkbox"/>
Fachärztlich	<input type="checkbox"/>
Sozialpädiatrische Versorgung	<input type="checkbox"/>
Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL)	<input type="checkbox"/>

Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger	<input type="checkbox"/>
Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (QSV)	<input type="checkbox"/>
Tonsillotomie (BKK)	
Anästhesist	<input type="checkbox"/>
Konservativ tätiger HNO	<input type="checkbox"/>
Operativ tätiger HNO	<input type="checkbox"/>
Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>
FA für Urologie	<input type="checkbox"/>
Vakuumbiopsie der Brust	<input type="checkbox"/>
Videosprechstunde – Zuschlag GOP 01450	<input type="checkbox"/>
Willkommen Baby (für FÄ f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe)	<input type="checkbox"/>
Zervix-Zytologie	<input type="checkbox"/>
Zweitmeinungsverfahren	
Amputation beim diabetischen Fußsyndrom	<input type="checkbox"/>
Cholezystektomie	<input type="checkbox"/>
kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen	<input type="checkbox"/>
Hysterektomie	<input type="checkbox"/>
Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators	<input type="checkbox"/>
Knieendoprothese	<input type="checkbox"/>
Schulterarthroskopie	<input type="checkbox"/>
Tonsillotomie / Tonsillektomie	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäuleneingriff	<input type="checkbox"/>

2.	Sonstige	<p>Nähere Informationen zu folgenden Leistungen erhalten Sie unter https://www.kvb.de/ oder im persönlichen Gespräch in Ihren Beratungscener: https://www.kvb.de/mitglieder/beratung</p>	
	Hygiene flexible Endoskope		
	Impfex		
	Kinder kranker Eltern		
	Freiwillige Zertifizierung Koloskopie		
	Künstliche Befruchtung (IVF) Die Genehmigung gemäß § 121 a SGB V ist über das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Haidenauplatz1, 81667 München, formlos zu beantragen. Bei Vorliegen der entsprechenden Genehmigung ist die Abrechenbarkeit der Leistungen gewährleistet. Der Genehmigungsbescheid wird der KVB direkt übermittelt.		
	Vereinbarung zur Optimierung des Koagulationsmanagements		
	Schwangerschaftsabbruch (ambulant) Die Erlaubnis zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wird von den bayerischen Bezirksregierungen erteilt; die Antragsstellung erfolgt formlos über die örtlich zuständigen Gesundheitsämter. Bei Vorliegen der entsprechenden Genehmigung ist die Abrechenbarkeit der Leistungen gewährleistet. Der Genehmigungsbescheid wird der KVB direkt übermittelt. Hinweis: Die Erlaubnis ist für die ärztlichen Praxen notwendig, die die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen wollen.		
3.	Formlose Anträge - durch Ankreuzen ist der formlose Antrag gestellt		
	Mammographie-Screening		<input type="checkbox"/>
	Soziotherapie Bei Vorliegen einer der nachfolgenden Gebietsbezeichnungen und Angabe der Kontaktstelle ist die Abrechenbarkeit der Leistungen gewährleistet.		<input type="checkbox"/>
	Fachgebietsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie- und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie		
	Angabe der Kontaktstelle* Ich kooperiere mit folgendem gemeindepsychiatrischen Verbund bzw. vergleichbarer Versorgungsstruktur		
	<input style="width: 50%; height: 20px;" type="text"/> Name der Einrichtung		
	*Die Angabe der Kontaktstelle ist unbedingt erforderlich.		
	GAFSkala <input type="checkbox"/> Als Fachärztin oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie bestätige ich Kenntnisse in der GAFSkala		

<https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/>
<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/formularservice>
<https://www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/rechtsquellen>
<https://www.kvb.de/mitglieder/beratung>
<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Abrechnung/Merkblaetter-DS/KVB-Merkblatt-Genehmigungspflichtige-Leistungen.pdf>
<https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/dmp>
<https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/qualitaetssicherung/freiwillige-zertifizierungen>



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

- **Sämtliche aufgeführten Leistungen sind erst dann abrechnungsfähig und werden erst ab dem Tag vergütet, an dem Ihnen die erforderliche Genehmigung/Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen durch die KVB erteilt wurde und Ihnen vorliegt. Voraussetzung hierfür ist die Entscheidung durch den jeweiligen Zulassungsausschuss zur Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung zur Anstellung.**

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt- Ärztin /
Vertragspsychotherapeut- therapeutin /
Angestellter/in



Stempel Antragsteller