

Die nachfolgenden Seiten enthalten Verlinkungen, um die Antragstellung für Abrechnungsgenehmigungen zu vereinfachen (direkter Zugang zur Online-Beartragung).

ACHTUNG:

Sie finden im Folgenden eine Auflistung der Formulare und Anträge für genehmigungspflichtige Abrechnungsleistungen. Um diese Leistungen **erbringen und abrechnen** zu können, müssen Sie einen Antrag bei der KVB stellen.

Diese Anträge benötigen Sie, wenn

- ➔ Sie erstmals in Bayern an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (Zulassung, Anstellung, Erstermächtigung)
oder
- ➔ nach einer **mehr** als 5-jährigen Unterbrechung Ihre Zulassung/Anstellung/Ermächtigung in Bayern wieder aufnehmen

Die Antragstellung oder Einreichung einer Übersicht der Abrechnungsberechtigungen **ist nicht notwendig, wenn** Sie ausschließlich als

- Sicherstellungsassistent/in
- Weiterbildungsassistent/in
- Notarzt/Notärztin
- Poolarzt/ärztin im Bereitschaftsdienst

tätig sind.

Damit kein Honorarverlust auf Grund fehlender Abrechnungsgenehmigungen entsteht, empfehlen wir Ihnen diese **rechtzeitig vor Beginn** der Tätigkeit bei uns zu beantragen.

Hierfür benötigen Sie Ihre Zugangsdaten zu Meine KVB (Benutzernamen und das Passwort)

- ➔ Klicken Sie einfach den entsprechenden Antrag in dem Überblick der Abrechnungsberechtigungen direkt an.

Sollten Sie über keine Zugangsdaten verfügen, können Sie sich die Formulare und Anträge per Mail als Verlinkungen zu den PDFs zusenden lassen.

- ➔ Füllen Sie den Überblick der Abrechnungsberechtigungen aus und vergessen Sie bitte nicht, uns Ihre Versanddaten darin mitzuteilen

Sie wünschen eine persönliche Beratung?

Vereinbaren Sie gerne einen Termin am Beratungscenter in Ihrer Region.
Sämtliche Kontaktdaten finden Sie unter:

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

Überblick der Abrechnungsberechtigungen - Ärzte

Antragsteller/in:

Titel Name , Vorname

Antragstellung für (falls abweichend vom Antragsteller/in):

Titel Name , Vorname

Facharztbezeichnung

LANR:

BSNR:

Einzelpraxis / MVZ/ BAG:

Adresse

Keine Zusendung:

Diese werden/wurden direkt von der Homepage der KVB geladen

Diese werden/wurden über „Meine KVB“ online beantragt

Zusendung per:

Nachrichtencenter
Benutzername (für Ihren Login bei Meine KVB)

E-Mail
E-Mail Adresse

Ansprechpartner bei Rückfragen:

Name

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

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/Diabetes mell. 1 und 2/KHK DMP-Schulungsarzt DMP-Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt (DSP)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 operativ	<input type="checkbox"/>
BKK-IVOM konservativ	<input type="checkbox"/>
DAK-IVOM operativ	<input type="checkbox"/>
DAK-IVOM konservativ	<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"/>
M1-Mädchensprechstunde	<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 NäPa II Fachärzte: NäPA	<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"/>
Zervix-Zytologie	<input type="checkbox"/>
Zweitmeinungsverfahren	
Amputation beim diabetischen Fußsyndrom	<input type="checkbox"/>
Aortenaneurysmen	<input type="checkbox"/>
Cholezystektomie	<input type="checkbox"/>
kathetergestützte elektrophysiologische Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenkersatz	<input type="checkbox"/>
Hysterektomie	<input type="checkbox"/>
Eingriffe zur Implantation eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators	<input type="checkbox"/>
Knieendoprothese	<input type="checkbox"/>
Prostatakarzinom	<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	
	<p>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.</p>	
	Vereinbarung zur Optimierung des Koagulationsmanagements	
	<p>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.</p>	

3.	Formlose Anträge - durch Ankreuzen ist der formlose Antrag gestellt	
	Mammographie-Screening	<input type="checkbox"/>
	<p>Soziotherapie Bei Vorliegen einer der nachfolgenden Gebietsbezeichnungen und Angabe der Kontaktstelle ist die Abrechenbarkeit der Leistungen gewährleistet.</p> <p>Fachgebietsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie- und -psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie</p> <p>Angabe der Kontaktstelle* Ich kooperiere mit folgendem gemeindepsychiatrischen Verbund bzw. vergleichbarer Versorgungsstruktur</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 50%; margin: 5px auto;"></div> <p style="text-align: center;">Name der Einrichtung</p> <p>*Die Angabe der Kontaktstelle ist unbedingt erforderlich.</p>	<input type="checkbox"/>
	<p>GAFSkala</p> <p><input type="checkbox"/> Als Fachärztin oder Facharzt mit Zusatzweiterbildung Psychotherapie bestätige ich Kenntnisse in der GAFSkala</p>	

<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 /
MVZ/BAG Vertretungsberechtigte/r / Angestellter/in



Stempel Antragsteller