

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Kooperations- und Koordinationsleistungen des Kapitels 37 EBM:

- **37100:** Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
- **37102:** Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Präambel 37.1 Nr. 3 und Anlage 27 zum BMV-Ä
- **37105:** Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
- **37113:** Zuschlag zur GOP 01413
- **37120:** Fallkonferenz gemäß der Anlage 27 zum BMV-Ä

Hinweis:

Ziffer 1 der Präambel zu Abschnitt 37 EBM sieht vor, dass die Gebührenordnungspositionen **37100, 37102, 37113** und **37120** nur von bestimmten Fachärzten, die eine Genehmigung zur Abrechnung erhalten haben, abgerechnet werden können.

Hierzu gehören die Fachärzte für Allgemeinmedizin, für Innere und Allgemeinmedizin, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung in der hausärztlichen Versorgung, sowie Fachärzte für: Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt (fachärztliche Versorgung), Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Neurochirurgie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin und Praktische Ärzte.

Die Gebührenordnungsposition **37105** kann gemäß Ziffer 2 der Präambel zu Kapitel 37 nur von folgenden Fachärzten abgerechnet werden: Fachärzte für: Allgemeinmedizin, für Innere und Allgemeinmedizin, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung in der hausärztlichen Versorgung, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung in der hausärztlichen Versorgung, Fachärzte für: Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie und Praktische Ärzte

**Die Leistungen sollen erbracht werden für die Bewohner folgender Pflegeheime
(stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Absatz 2 SGB XI)**

1. Heim _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

2. Heim _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

3. Heim _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

4. Heim _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

5. Heim _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

6. Heim _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

7. Heim _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Für weitere Heime ggf. Seite kopieren oder Beiblatt beifügen.

3. Genehmigungsvoraussetzungen

Kooperationsvertrag zwischen dem kooperierenden Vertragsarzt/ den kooperierenden Vertragsärzten und der/den stationären Pflegeeinrichtung/en gemäß Anlage 27 BMV-Ä **in Kopie einzureichen (die Anlage zum Kooperationsvertrag benötigen wir nicht)** 

(Hinweis: Hierzu stellt die KVB einen Musterkooperationsvertrag zur Verfügung. Diesen finden Sie: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Service/Formulare/P/KVB-FORM-Pflegeheimversorgung-Zusatzversorgung-Muster-Kooperationsvertrag.pdf>)

Ich nehme an einen bereits bestehenden Kooperationsvertrag gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä teil

Ja Nein

wenn ja: _____
Benennung des Kooperationspartners

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / -psychotherapeut / BAG-Vertretungsberechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt/Therapeut 

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.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Bitte beachten Sie:

Die Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen ist erst nach Erhalt der Genehmigung durch die KVB zulässig. Werden genehmigungspflichtige Leistungen vor Erhalt der Genehmigung durchgeführt, so sind diese nicht vergütungsfähig.

Die Abrechnung der Leistungen ist nur für die Bewohner der stationären Pflegeeinrichtungen möglich, für die mit dem antragstellenden Arzt auch eine Kooperationsvereinbarung besteht.

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.