

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung physikalisch-medizinischer Leistungen  
gemäß Kapitel 30.3 und 30.4 EBM

**Antragsteller:** (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

**Antragstellung für:**

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)  
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

**Wohnanschrift:**

Straße, Nr.

PLZ

Ort

**Anschrift Praxis/Krankenhaus:**

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/physikalisch-medizinische-leistung](http://www.kvbawue.de/physikalisch-medizinische-leistung)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

## Neurophysiologische Übungsbehandlungen (PNF, Vojta und Bobath) gem. Kapitel 30.3 EBM

Von mir persönlich erbracht:

- 30300** Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) {PHY1}
- 30301** Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) {PHY1}

### Bitte entsprechenden Qualifikationsnachweis beifügen.

Auf meine Veranlassung und unter meiner Verantwortung durch in meiner Praxis angestellte nicht-ärztliche Mitarbeiter erbracht:

- 30300** Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) {PHY1}
- 30301** Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) {PHY1}



Krankengymnast(en)

---

Name

Heilpädagoge(n)

---

Name

Ergotherapeut(en)

---

Name

Physiotherapeut(en)

---

Name

**Beizufügen: Staatl. Prüfungsurkunde und Nachweis über Zusatzqualifikation und Arbeitsvertrag.**

## Physikalische Therapie gem. Kapitel 30.4 EBM

- |                          |  |        |
|--------------------------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> | <b>30400</b> Massagetherapie                                   | {PHY2} |
| <input type="checkbox"/> | <b>30402</b> Unterwasserdruckstrahlmassage                     | {PHY4} |
| <input type="checkbox"/> | <b>30410</b> Atemgymnastik (Einzelbehandlung)                  | {PHY5} |
| <input type="checkbox"/> | <b>30411</b> Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)                 | {PHY5} |
| <input type="checkbox"/> | <b>30420</b> Krankengymnastik (Einzelbehandlung)               | {PHY6} |
| <input type="checkbox"/> | <b>30421</b> Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)              | {PHY6} |
| <input type="checkbox"/> | <b>30401</b> Intermittierende apparative Kompressionstherapie* | {PHY3} |

\* Eine Berechtigung zur Abrechnung der Leistung nach GOP 30401 können Ärzte erhalten, die einen entsprechenden Apparatenachweis einreichen.

Die genannten Leistungen werden auf meine Veranlassung und unter meiner Verantwortung durch folgende in meiner Praxis angestellte nicht-ärztliche Mitarbeiter durchgeführt:

Krankengymnast(en)

---

Name



Masseur(e)

---

Name

Physiotherapeut(en)

---

Name

**Beizufügen: Staatl. Prüfungsurkunde und Arbeitsvertrag**

### Einverständniserklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

