

## Antrag auf Genehmigung:

### Geriatric (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

oder

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

#### Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).

#### Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

#### Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

#### Fachliche Voraussetzungen\*

- Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“. -bitte beifügen-
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“. -bitte beifügen-
- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“. -bitte beifügen-

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

- bitte beifügen- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Physikalische und rehabilitative Medizin“ und
- im Jahr vor Antragstellung Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V und
  - besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden und
  - 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung und
  - Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von 12 Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters gemäß Abs. 1 oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit erfüllt
- oder
- eine mindestens 6-monatige Tätigkeit gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 5 nachgewiesen wurde und der Arzt sich verpflichtet, in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren.

### **Bauliche Voraussetzungen**

---

Ich erfülle die Anforderungen an die räumliche Ausstattung gem. § 7:

- Der Zugang und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung sowie die sanitären Einrichtungen sind behindertengerecht.
- Barrierefreiheit ist gewährleistet
- Barrierefreiheit ist angestrebt

### **Personelle Voraussetzungen/Kooperation**

---

Gemäß § 5 gewährleiste ich die mögliche Einbindung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten.

Darüber hinaus gewährleiste ich, dass die nachfolgend namentlich aufgeführten Berufsgruppen die Qualifikation nach § 5 Abs. 2 QS-Vereinbarung erfüllen: -bitte beifügen-

#### **Physiotherapie**

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

#### **Ergotherapie**

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

#### **Logopädie**

Name: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

### **Organisatorische Voraussetzungen**

---

Ich verpflichte mich gem. § 6:

1. Zur Teilnahme an Multiprofessionellen Qualitätszirkeln zu geriatrischen Themen – mindestens einmal jährlich –.
2. Regelmäßig Schulungen der Praxismitarbeiter sicherzustellen.
3. Patientenorientierte Fallbesprechungen mit Beteiligung der eingebundenen Berufsgruppen gem. § 5 durchzuführen.

## Zustimmung

---

- Ich bin einverstanden, dass die KVSH die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen meiner Praxis entsprechend der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik zu überprüfen.

## Unterschrift(en)

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**  
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person