

**Antrag auf Genehmigung und Abrechnung von Leistungen der Spezialisierten geriatrischen Diagnostik**

Name \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_
- Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik.**

**Fachliche Voraussetzungen nach § 3**

1. Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“
- oder**
2. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“
- oder**
3. Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“
- oder**
4. fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatric“ im Gebiet „Innere Medizin“, Allgemeinmedizin“, „Nervenheilkunde“, Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ gemäß einer Weiterbildungsordnung vor 2003
- Nachweis liegt der KVSA vor  oder ist beigefügt
- oder**
5. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Physikalische und Rehabilitative Medizin“
- UND**
- Behandlung von 100 Patienten im Jahr vor der Antragstellung (entspr. § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V), die:
- 70 Jahre oder älter sind
  - und mindestens zwei der folgenden geriatrischen Syndrome aufweisen oder mindestens ein geriatrisches Syndrom aufweisen oder mindestens ein geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe nach § 15 SGB XI haben:
    - multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
    - komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
    - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/ oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität
    - Dysphagie
    - Inkontinenz(en)
    - Therapiefraktäres chronisches Schmerzsyndrom
- 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 Absatz 1 oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit erfüllt

### Alternativ:

Dieser Nachweis gilt auch dann als erbracht, wenn eine mindestens 6-monatige Tätigkeit in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung nachgewiesen wurde und der Arzt sich verpflichtet, in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren.

## Übergangsregelungen

Für Fachärzte, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung an einem regionalen geriatrischen Strukturvertrag bzw. Vertrag im Rahmen der besonderen Versorgung, der auch spezialisierte geriatrische Diagnostikleistungen zum Inhalt hat, teilgenommen haben, gilt die fachliche Befähigung als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und nachgewiesen werden:

- Dauer der Teilnahme an einem Strukturvertrag nach Satz 1 von mindestens 1 Jahr
- 20 Fortbildungspunkte zu geriatrispezifischen Themen innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung
- Antragstellung innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung
- Entsprechende Nachweise sind in Kopie beigelegt

## Kooperation mit weiteren Berufsgruppen nach § 5

1. Ich kooperiere mit folgenden weiteren Berufsgruppen entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten:

Psychotherapeuten   
Name(n): \_\_\_\_\_

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

Ergotherapeuten   
Name(n): \_\_\_\_\_

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

Logopäden   
Name(n): \_\_\_\_\_

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

2. Die kooperierenden Berufsgruppen sind in den Räumlichkeiten der Praxis oder in unmittelbarer Nähe tätig.
3. Die kooperierenden Berufsgruppen erfüllen folgende fachliche Voraussetzungen:
- Ausbildung gemäß Empfehlungen des GKB-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlungen), insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie.
- Zugelassener Leistungserbringer ist, wer
1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
  2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
  3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.
- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie mindestens eine nachgewiesene Fortbildung im Bereich Geriatrie und
- Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren
- Die Anstellungs- bzw. Kooperationsverträge sowie die Qualifikationsnachweise der kooperierenden Berufsgruppen sind in Kopie beigefügt.
- Nachweise liegen der KVSA bereits vor.

### Organisatorische Anforderungen nach § 6

Ich verpflichte mich:

1. multiprofessionelle Qualitätszirkel zu geriatrischen Themen mindestens zwei Mal jährlich durchzuführen
2. regelmäßig Schulungen der Praxismitarbeiter sicherzustellen und
3. patientenorientierte Fallbesprechungen mit Beteiligung der eingebundenen Berufsgruppen gemäß § 5 durchzuführen

### Räumliche Voraussetzungen nach § 7

1. Die räumliche und apparative Ausstattung ermöglicht die Diagnostik von geriatrischen Patienten
2. Der Zugang und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und – untersuchung sowie die sanitären Einrichtungen sind behindertengerecht. Barrierefreiheit wird angestrebt.

## Erklärungen

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission der KVSA die apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.

Ich versichere die Richtigkeit der oben gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

## Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte