

Arztstempel/Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten geriatrischen Versorgung

Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/ oder betriebsstättenbezogen erteilt

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis/ der BAG/ des MVZ/ des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt Angestellter Arzt Ermächtigter Arzt Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg (**arztregister@kvhh.de**) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

Fachliche Qualifikation

Ich habe die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung/ Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“ und bin Facharzt für

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Innere Medizin und Geriatric
- Neurologie
- Psychiatrie und Psychotherapie

Hinweis: Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung ist diesem Antrag beizufügen.

Ich verfüge über eine gleichwertige Qualifikation:

Ich bin Facharzt für

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Physikalische und rehabilitative Medizin

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen:

Ein Jahr vor Antragstellung:

- Behandlung von 100 Patienten gemäß § 2 der Vereinbarung nach § 118 a SGB V
- Geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden
- 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung
- eine ärztliche Tätigkeit von 12 Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung

oder

- Nachweis einer mindestens 6-monatigen Tätigkeit und mit der Verpflichtung mich in den folgenden 4 Jahren, nach Genehmigungserhalt, die restliche Zeit zu absolvieren und den Nachweis der KV Hamburg unaufgefordert vorzulegen.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Kooperation der Berufsgruppen

Es wird die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen erfüllt:

Name, Vorname	Anschrift	Berufsgruppen
		<input type="checkbox"/> Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Logopäde
		<input type="checkbox"/> Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Logopäde
		<input type="checkbox"/> Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Ergotherapeut <input type="checkbox"/> Logopäde

Qualifikationsvoraussetzungen der o. g. Berufsgruppen:

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen erfüllt sind:

- Ausbildung gemäß „Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden (Zulassungsempfehlung)“ in der aktuellen Fassung
- Mindestens zwei Jahre Berufserfahrung sowie mindestens eine nachgewiesene Fortbildung im Bereich Geriatrie
- Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren
- Es liegt ein Anstellungs- oder Kooperationsvertrags mit der jeweiligen Berufsgruppe vor

Anforderung an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die räumliche Praxisausstattung erfüllt sind:

- Die räumliche und apparative Ausstattung ermöglicht die Diagnostik von geriatrischen Patienten
- Der Zugang und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung sowie die sanitären Einrichtungen sind behindertengerecht.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- Mindestens 2 x jährliche Durchführung von multiprofessionellen Qualitätszirkeln zu geriatrischen Themen
- Regelmäßige Schulung der Praxismitarbeiter
- Durchführung von patientenorientierten Fallbesprechungen mit Beteiligung der eingebundenen Berufsgruppen

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik entsprechen.

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik).

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk. Spezialisierte geriatrische Diagnostik

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie,

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Antragsteller

Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Angestellter

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Praxisstempel