

Praxisstempel

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der  
Versorgung von geriatrischen Patienten**

**Hinweise:**

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

**Antragsteller**

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

**Die Antragstellung erfolgt für**

Name, Vorname Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

**Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_ als:**

Vertragsarzt     Angestellter Arzt     Ermächtigter Arzt     Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

.....

.....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

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

## Fachliche Befähigung

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

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

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

## Oder gleichwertige Qualifikation

Ich bin Facharzt/Fachärztin für

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Physikalische und rehabilitative Medizin

**Mit folgenden Zusatzqualifikationen:**

- Ein Jahr vor Antragstellung: Behandlung von 100 Patienten gemäß § 2 der Vereinbarung nach § 118 a SGB V
- Geriatric Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden
- 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung  
und
- Ärztliche Tätigkeit von 12 Monaten in einer medizinisch-geriatricen Einrichtung  
oder
- Nachweis einer mind. 6-monatigen Tätigkeit\*

- \*Ich verpflichte mich, in den folgenden 4 Jahren, nach Genehmigungserhalt, die restliche Zeit zu absolvieren und den Nachweis der KV Hamburg unaufgefordert vorzulegen.

**Die Nachweise sind diesem Antrag durch Zeugnisse und Bescheinigungen beizufügen.**

## Kooperation der Berufsgruppen

Es wird die Zusammenarbeit mit folgenden Berufsgruppen erfüllt:

Name, Vorname	Anschrift	Berufsgruppe
		<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:

- 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
- Vorlage des Anstellungs- oder Kooperationsvertrags der jeweiligen Berufsgruppe

**Die genannten Qualifikationsnachweise sind diesem Antrag beizufügen.**

## Räumliche Voraussetzungen

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die räumlichen Voraussetzungen 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 Voraussetzungen

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

## Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

- Aktualisierung der theoretischen Kenntnisse im Bereich Geriatrie (zweijährlich 48 Fortbildungspunkte zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen)

## **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Hamburg die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob diese den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.

## **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik) zum 01.07.2016.

## **Gebührenfestsetzung**

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 aktuellen 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 Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

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

## **Rechtlicher Hintergrund**

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten 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 im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

## 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 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.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

**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

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

**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.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel