



Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen
gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur
spezialisierten geriatrischen Diagnostik

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw.
vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

Ich stelle den Antrag für mich		Für den angestellten Arzt	
Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG (bitte immer ausfüllen)		in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG	
Vor- und Zuname des angestellten Arztes, der die Leistungen ausführen soll			
LANR:		LANR:	
Geburtsdatum:		Geburtsdatum:	
Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):			
Telefon:			
Fax:			
E-Mail:			

Genehmigung durch andere KV

Zutreffendes bitte ankreuzen

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden. Eine Fotokopie liegt bei.

Fachliche Befähigung

Bitte fügen Sie zum Nachweis der fachlichen Voraussetzungen die nach der Vereinbarung geforderten Zeugnisse / Bescheinigungen zu den nachfolgenden Punkten dem Antrag bei, damit ohne zeitliche Verzögerung eine Prüfung erfolgen kann.

Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie

Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie bzw. mit der fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie im Gebiet

- Allgemeinmedizin (Hausarzt)
- Innere Medizin
- Nervenheilkunde
- Neurologie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Psychiatrie und Psychotherapie

Zusatzbezeichnung Geriatrie

Alternativ (für zugelassene Ärzte oder in der Praxis bzw. im MVZ angestellte Ärzte)

Facharzt für

- Allgemeinmedizin (Hausarzt)
- Innere Medizin
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

und

Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V im Jahr vor Antragstellung

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 § 3 Abs. 1 oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit erfüllt **oder**

Nachweis einer mindestens 6-monatigen entsprechenden Tätigkeit mit der Verpflichtung in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren

Entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen liegen dem Antrag bei.

Kooperation

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die Kooperation mit den weiteren Berufsgruppen wird wie folgt gewährleistet

- Die interdisziplinäre Zusammenarbeit nach § 5 mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten wird gewährleistet.
- Die Möglichkeit der Einbindung der genannten Berufsgruppen bei der Durchführung der Assessments und zur Erstellung des (ggf. interdisziplinären) Behandlungsplans ist gegeben.

Die oben genannten Berufsgruppen sind **nicht** in der Praxis beschäftigt. Mit diesen wurde eine Kooperationsvereinbarung geschlossen. Die Bestätigung der Kooperation nach § 9 Abs. 2 Satz 2 erfolgt in den **Anlagen zum Antrag**.

oder

Die oben genannten Berufsgruppen sind **in der** Praxis beschäftigt.

Bitte Anzahl angeben:

Physiotherapeuten

Ergotherapeuten und

Logopäden

und

Es wird bestätigt, dass die bei Bedarf einzubindenden Berufsgruppen – sofern sie in der Praxis beschäftigt sind – folgende Qualifikation nach § 5 Abs. 2 erfüllen und diese jederzeit durch Vorlage entsprechender Zeugnisse und Bescheinigungen nachweisen können:

- Ausbildung gemäß „Empfehlungen des GKV-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) in der Fassung vom 01.03.2012“
- mindestens zwei Jahre Berufserfahrung
- mindestens eine Fortbildung im Bereich Geriatrie
- Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren

Mit meiner Unterschrift,

- versichere ich, dass die nachfolgenden organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 6 gewährleistet sind:
 - Durchführung multiprofessioneller Qualitätszirkel zu geriatrischen Themen mindestens zwei Mal jährlich
 - Sicherstellung regelmäßiger Schulungen der Praxismitarbeiter
 - Durchführung patientenorientierter Fallbesprechungen mit Beteiligung der eingebundenen Berufsgruppen

- versichere ich, dass die folgenden Kriterien an die räumliche Ausstattung gemäß § 7 erfüllt sind und die Behandlung in diesen Räumen oder in unmittelbarer räumlicher Nähe stattfindet:
 - 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.

- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 9 Abs. 6 die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß den §§ 4 bis 7 entsprechen.

- erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Name und meine Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL veröffentlicht werden.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**

Anlage zum Antrag „spezialisierte geriatrische Diagnostik“

Mit dem unten genannten **Physiotherapeuten** wurde eine Kooperationsvereinbarung nach § 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik geschlossen.

Vor- und Zuname des Antragstellers	Vor- und Zuname des Physiotherapeuten
Anschrift (Straße, Postleitzahl)	Anschrift (Straße, Postleitzahl)

Die oben genannten Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass

- sie zur bedarfsgerechten Einbindung bei der Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik kooperieren.
- die mögliche Einbindung entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten bei der Durchführung der Assessments nach § 4 und zur Erstellung des (ggf. interdisziplinären) Behandlungsplans in den Räumlichkeiten nach § 7 oder in unmittelbarer räumlicher Nähe gewährleistet ist.
- die folgende Qualifikation des Kooperationspartners nach § 5 Abs. 2 erfüllt ist und diese jederzeit durch Vorlage entsprechender Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden kann:
 - o Ausbildung gemäß „Empfehlungen des GKV-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) in der Fassung vom 01.03.2012“
 - o mindestens zwei Jahre Berufserfahrung
 - o mindestens eine Fortbildung im Bereich Geriatrie
 - o Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren

Mit meiner Unterschrift, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten an die KVWL weitergegeben werden.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**

Ort u. Datum

**Unterschrift des Kooperationspartners
(ggf. Praxisstempel)**

Anlage zum Antrag „spezialisierte geriatrische Diagnostik“

Mit dem unten genannten **Ergotherapeuten** wurde eine Kooperationsvereinbarung nach § 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs.2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik geschlossen.

Vor- und Zuname des Antragstellers	Vor- und Zuname des Ergotherapeuten
Anschrift (Straße, Postleitzahl)	Anschrift (Straße, Postleitzahl)

Die oben genannten Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass

- sie zur bedarfsgerechten Einbindung bei der Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik kooperieren.
- die mögliche Einbindung entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten bei der Durchführung der Assessments nach § 4 und zur Erstellung des (ggf. interdisziplinären) Behandlungsplans in den Räumlichkeiten nach § 7 oder in unmittelbarer räumlicher Nähe gewährleistet ist.
- die folgende Qualifikation des Kooperationspartners nach § 5 Abs. 2 erfüllt ist und diese jederzeit durch Vorlage entsprechender Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden kann:
 - o Ausbildung gemäß „Empfehlungen des GKV-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) in der Fassung vom 01.03.2012“
 - o mindestens zwei Jahre Berufserfahrung
 - o mindestens eine Fortbildung im Bereich Geriatrie
 - o Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren

Mit meiner Unterschrift, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten an die KVWL weitergegeben werden.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**

Ort u. Datum

**Unterschrift des Kooperationspartners
(ggf. Praxisstempel)**

Anlage zum Antrag „spezialisierte geriatrische Diagnostik“

Mit dem unten genannten **Logopäden** wurde eine Kooperationsvereinbarung nach § 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik geschlossen.

Vor- und Zuname des Antragstellers	Vor- und Zuname des Logopäden
Anschrift (Straße, Postleitzahl)	Anschrift (Straße, Postleitzahl)

Die oben genannten Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass

- sie zur bedarfsgerechten Einbindung bei der Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik kooperieren.
- die mögliche Einbindung entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten bei der Durchführung der Assessments nach § 4 und zur Erstellung des (ggf. interdisziplinären) Behandlungsplans in den Räumlichkeiten nach § 7 oder in unmittelbarer räumlicher Nähe gewährleistet ist.
- die folgende Qualifikation des Kooperationspartners nach § 5 Abs. 2 erfüllt ist und diese jederzeit durch Vorlage entsprechender Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden kann:
 - o Ausbildung gemäß „Empfehlungen des GKV-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) in der Fassung vom 01.03.2012“
 - o mindestens zwei Jahre Berufserfahrung
 - o mindestens eine Fortbildung im Bereich Geriatrie
 - o Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren

Mit meiner Unterschrift, erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten an die KVWL weitergegeben werden.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**

Ort u. Datum

**Unterschrift des Kooperationspartners
(ggf. Praxisstempel)**