

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

### Spezialisierte geriatrische Diagnostik

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik) - Voraussetzung für die Abrechnung der GOPs 30981, 30984, 30985 und 30986 -**

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Qualitätssicherung  
Team 1

Johanna Hobohm  
Tel 069 24741-6073  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.10@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

### Allgemeine Angaben

#### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes

in MVZ

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

Instituts-  
Ermächtigung

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-  
Assistent

\_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

## Genehmigungsvoraussetzungen

### Fachliche Anforderungen § 3 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt und durch beigelegte Zeugnisse / Bescheinigungen nachgewiesen werden:

- Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie

#### ODER

Facharzt mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie im Gebiet

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin (Hausarzt) | <input type="checkbox"/> Innere Medizin                 |
| <input type="checkbox"/> Neurologie                  | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie |

#### ODER

- Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie

#### ODER

Facharzt mit der fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie (Weiterbildungsordnung vor 2003) im Gebiet

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin (Hausarzt)              | <input type="checkbox"/> Innere Medizin                 |
| <input type="checkbox"/> Nervenheilkunde                          | <input type="checkbox"/> Neurologie                     |
| <input type="checkbox"/> Physikalische und Rehabilitative Medizin | <input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie |

#### ODER

**alternativ** (mit Ausnahme von ermächtigten Krankenhausärzten und Leitern von Geriatrischen Institutsambulanzen)

Facharzt für

- Allgemeinmedizin       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

## Sonstige Anforderungen

### Kooperationen mit weiteren Berufsgruppen § 5

Es wird die **interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten** gewährleistet.

Die Möglichkeit der Einbindung der genannten Berufsgruppen ist bei der Durchführung der Assessments und zur Erstellung des (ggf. interdisziplinären) Behandlungsplans **in den Praxisräumlichkeiten oder in unmittelbarer räumlicher Nähe** wie folgt gegeben:

Die o. g. Berufsgruppen sind **in der Praxis beschäftigt**:

#### Physiotherapeuten

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

#### Ergotherapeuten

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

#### Logopäden

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

**Es wird bestätigt, dass die bei Bedarf einzubindenden Berufsgruppen – sofern sie in der Praxis beschäftigt sind – folgende Qualifikationen erfüllen und diese jederzeit vom Antragssteller unter Vorlage entsprechender Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden können:**

- Nachweis über die 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 nachgewiesene Fortbildung im Bereich Geriatrie
- Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren

**oder**

Die o. g. Berufsgruppen sind **nicht in der Praxis beschäftigt**. Die Durchführung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik erfolgt mit den in der **Anlage 1** angegebenen Kooperationspartnern.

### Organisatorische Anforderungen § 6

- Hiermit bestätige ich, dass die folgenden organisatorischen Anforderungen nach § 6 erfüllt werden:
- Mindestens zweimal jährlich werden multiprofessionelle Qualitätszirkel zu geriatrischen Themen durchgeführt.
  - Regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter werden sichergestellt.
  - Patientenorientierte Fallbesprechungen mit Beteiligung eingebundener Berufsgruppen (s. o.) werden durchgeführt.

### Anforderungen an die räumliche Ausstattung § 7

- Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Anforderungen an die räumliche Praxisausstattung nach § 7 erfüllt werden:
- 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. Barrierefreiheit wird angestrebt.

### Weitere Anforderungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik §§ 4 und 8

- Hiermit verpflichte ich mich, die folgenden weiteren Anforderungen nach den §§ 4 und 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik dauerhaft zu erfüllen:
- Umfang und Inhalt der Spezialisierten Geriatrischen Diagnostik nach § 4 der QS-Vereinbarung.
  - Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 8 der QS-Vereinbarung (der Nachweis von **zweijährlich 48 Fortbildungspunkten** zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen ist der KV Hessen unaufgefordert vorzulegen).

**Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.**

### Erklärungen und Hinweise

- Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Fachkommission beauftragen, die räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis darauf zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik entsprechen.  
**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung durch die zuständige Fachkommission der KV Hessen.**
- Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung vom an der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik teilnehmenden Arzt den Nachweis der in den §§ 4 bis 7 genannten Anforderungen verlangen kann.

- Mir ist bekannt, dass ich zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung den Nachweis von zweijährlich 48 Fortbildungspunkten zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen nach § 8 der QS-Vereinbarung zu erfüllen habe.
- Mir ist bekannt, dass ich Änderungen hinsichtlich meiner Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik sowie Änderung des Zulassungsstatus unverzüglich der Abteilung Qualitätssicherung mitzuteilen habe.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben. Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....  
Datum    Unterschrift des Antragsstellers    ggf. Praxisstempel

**Gilt nur bei angestellten Ärzten:**

.....  
Datum    Unterschrift des anstellenden Arztes    Stempel  
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ  
(Institut/Klinik/Krankenhaus)

Stand: Februar 2021

## Spezialisierte geriatrische Diagnostik

### ANLAGE 1

*zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik)*

### Kooperationsvereinbarung mit weiteren Berufsgruppen nach § 5 QSV zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Zur bedarfsgerechten Einbindung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden bei der Durchführung der geriatrischen Assessmentverfahren nach § 4 QSV in den Praxisräumlichkeiten nach § 7 QSV oder in unmittelbarer räumlicher Nähe wird mit den unten genannten Angehörigen dieser Berufsgruppen eine Kooperationsvereinbarung geschlossen.

Die Einbindung der Berufsgruppen erfolgt

in den Praxisräumlichkeiten des Arztes, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt **oder**

in folgenden Räumlichkeiten in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Arztpraxis:

---

---

(Adresse)

Die Entfernung zur Praxis des Arztes, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt, beträgt \_\_\_\_\_ km bzw. \_\_\_\_\_ Minuten Fahrzeit.

Die nachfolgend genannten Kooperationspartner bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass sie

- mit dem Arzt mit Genehmigung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 5 QSV bei Bedarf bei der Durchführung der geriatrischen Assessmentverfahren nach § 4 QSV am oben angegebenen Ort kooperieren,
- folgende Qualifikation nach § 5 Abs. 2 QSV erfüllen und diese jederzeit unter 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 sowie mindestens eine nachgewiesene Fortbildung im Bereich Geriatrie
  - Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren
- mit der Weitergabe der nachfolgenden Daten an die KV Hessen einverstanden sind

Berufsgruppe	Name, Vorname	Adresse	Datum, Unterschrift
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			
<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in <input type="checkbox"/> Logopäde/-in			

**Bestätigung der Kooperation durch den Arzt, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt sowie ggf. dessen Ansteller:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt

**evtl. zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des anstellenden Arztes  
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus)