



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag
auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigung/Erm. Einrichtung

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen nach § 3

	Ja	Nein
1. Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder		
2. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder		
3. Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder		
4. fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatric“ im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin“, „Nervenheilkunde“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ gemäß einer Weiterbildungsordnung vor 2003	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder		
5. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Physikalische und Rehabilitative Medizin“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und		
• Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Besondere geriatriche Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von 12 Monaten in einer medizinisch-geriatriche Einrichtung unter Anleitung eines Geriatricers gemäß Absatz 1 oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativ: Dieser Nachweis gilt auch dann als erbracht, wenn eine mindestens 6-monatige Tätigkeit gemäß Absatz 2 Nr. 5 nachgewiesen wurde und der Arzt sich verpflichtet, in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übergangsregelungen:

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

- Dauer der Teilnahme an einem Strukturvertrag nach Satz 1 von mindestens 1 Jahr
- 20 Fortbildungspunkte zu geriatricspezifischen Themen innerhalb von 2 Jahren vor Antragsstellung und
- Antragstellung innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung

Hinweis: Die fachlichen Nachweise sind dem Antrag in Kopie beizulegen.

III. Kooperation mit weiteren Berufsgruppen nach § 5

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

• **Physiotherapeuten:**

Name: _____

Anschrift: _____

Stempel, Datum und Unterschrift
des Kooperationspartners

• **Ergotherapeuten:**

Name: _____

Anschrift: _____

Stempel, Datum und Unterschrift
des Kooperationspartners

• **Logopäden:**

Name: _____

Anschrift: _____

Stempel, Datum und Unterschrift
des Kooperationspartners

Werden weitere kooperierende Berufsgruppen in der spezialisierten geriatrischen Diagnostik eingebunden, können Sie diese in der Anlage angegeben werden.

2. Ich erkläre, dass die o.g. Kooperationspartner über die geforderten fachlichen Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2 Nrn. 1 – 3 der QS-Vereinbarung verfügen

3. Die o.g. kooperierenden Berufsgruppen befinden sich in den Räumlichkeiten nach § 7 oder in unmittelbarer räumlicher Nähe

Hinweis: Die Kooperationsverträge der kooperierenden Berufsgruppen sind in Kopie beizulegen.

IV. 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

3. Barrierefreiheit wird angestrebt

V. Erklärung

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

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Anlage zum Antrag auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname: _____

LANR: _____

Antrag vom: _____

Stempel, Datum und Unterschrift

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

- _____
Berufsgruppe: _____
Name: _____
Anschrift: _____

Stempel, Datum und Unterschrift des Kooperationspartners

- _____
Berufsgruppe: _____
Name: _____
Anschrift: _____

Stempel, Datum und Unterschrift des Kooperationspartners

- _____
Berufsgruppe: _____
Name: _____
Anschrift: _____

Stempel, Datum und Unterschrift des Kooperationspartners

- _____
Berufsgruppe: _____
Name: _____
Anschrift: _____

Stempel, Datum und Unterschrift des Kooperationspartners

- _____
Berufsgruppe: _____
Name: _____
Anschrift: _____

Stempel, Datum und Unterschrift des Kooperationspartners