

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der geriatrischen Versorgung von geriatrischen Patienten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik (QSV) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: | | | | | | | | | |

BSNR: | | | | | | | | | |

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: | | | | | | | | | | Titel _____

Name _____, Vorname _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

und

- Es wird bestätigt, dass der Antragsteller / der beim Antragsteller tätige Arzt über **5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung** verfügt.

und

- Zeugnis über eine ärztliche **Tätigkeit von 12 Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung** eines Geriaters nach § 3 Abs. 1 QSV oder eines Arztes, der die Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit nach dieser QSV erfüllt.

Alternativ:

- Zeugnis über eine ärztliche **Tätigkeit von mindestens 6 Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung** eines Arztes mit einer der o.g. Qualifikationen.

In diesem Fall verpflichtet sich der Antragsteller / der beim Antragsteller tätige Arzt mit seiner Unterschrift auf diesem Antrag, die restliche Zeit (d.h. insgesamt weitere 6 Monate) in den folgenden 4 Jahren nach Erhalt der Genehmigung zu absolvieren.

4. Weitere Anforderungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik, §§ 4 - 8 QSV:

- Folgende Inhalte der Spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 4 QSV werden erfüllt:**

- **Durchführung geeigneter geriatrischer Assessmentverfahren** (z. B. Selbstversorgungsfähigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz, instrumentelle Aktivitäten),
- systematische Erhebung relevanter Kontextfaktoren unter Verwendung eines **Sozialassessments in mindestens fünf Bereichen** (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/ außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/ Hilfsmittelbedarf) sowie
- **weitere syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfahren**, um Hinweise für Funktionsstörungen und Risiken des geriatrischen Patienten zu erkennen, sowie
- die **Bewertung der geriatrischen Syndrome**
- Die Durchführung der Assessments findet entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten unter **Einbindung von mindestens eines Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und/oder Logopäden** statt.
- Anhand der Testergebnisse und Untersuchungen wird ein **schriftlicher Behandlungsplan für den überweisenden Vertragsarzt** (im Regelfall den Hausarzt) erstellt. Optional findet zusätzlich eine Abstimmung und Beratung mit dem überweisenden Vertragsarzt statt.
 - Der Behandlungsplan definiert unter Berücksichtigung der Erkrankung und der persönlichen Lebenssituation des Patienten allgemeine und persönliche **Behandlungsziele**.
 - Darauf aufbauend beinhaltet er **Empfehlungen für die medikamentöse Therapie sowie ggf. zu Heil- und Hilfsmitteln** unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Abs. 1 SGB V. Zudem schließt der Behandlungsplan auch **Empfehlungen zur ggf. notwendigen weiteren Diagnostik und Überwachung** mit ein.
 - Der Behandlungsplan kann auch **Aspekte der psychosozialen Versorgung** und die **Information über geeignete Beratungsangebote** und Hilfsangebote sowie Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten und ihre Bezugspersonen umfassen.
- Es erfolgt eine **patientenorientierte Vorabklärung im Vorfeld mit dem überweisenden Vertragsarzt ohne Patientenkontakt**, entweder
 - **konsiliarisch fallabschließend**, so dass sich die Vorstellung des Patienten beim Arzt, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt, erübrigt, oder
 - durch Klärung des hausärztlichen Behandlungsauftrags und ggf. hierfür erforderlicher Vorbefunde/-untersuchungen, ggf. auch durch andere Fachärzte, **zur effizienten Vorbereitung der Vorstellung des Patienten** beim Arzt, der die spezialisierte geriatrische Diagnostik durchführt

Die Kooperation mit weiteren Berufsgruppen nach § 5 QSV wird wie folgt gewährleistet:

- 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** (bitte Anzahl pro Gruppe angeben):

_____ Physiotherapeuten

_____ Ergotherapeuten

_____ Logopäden

oder

Die o.g. Berufsgruppen sind **nicht in der Praxis beschäftigt**; mit diesen wurde die beigefügte **Kooperationsvereinbarung** geschlossen (Vorlage s. Anlage zum Antrag). 

- Es wird bestätigt, dass die bei Bedarf einzubindenden Berufsgruppen - sofern sie in der Praxis beschäftigt sind - folgende **Qualifikationen** erfüllen*:
 - **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 und**
 - **Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren**

(*bei Abschluss einer Kooperationsvereinbarung bestätigt der Kooperationspartner in der Vereinbarung seine entsprechende Qualifikation)

Folgende organisatorische Anforderungen nach § 6 QSV werden erfüllt:

- 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.

Folgende Anforderungen an die räumliche Ausstattung nach § 7 QSV werden erfüllt:

- 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.

5. Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung, § 8 QSV

- Folgende Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 8 QSV wird regelmäßig erfüllt:**
- Die theoretischen Kenntnisse im Bereich Geriatrie werden regelmäßig durch die Erlangung von **zweijährlich 48 Fortbildungspunkten** zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen aktualisiert (Hospitationen nach § 3 QSV können nicht angerechnet werden).
 - Entsprechende Fortbildungsnachweise werden der KVB auf Anforderung regelmäßig vorgelegt.

- Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der QSV entsprechen, vgl. § 9 Abs. 6 Satz 2 QSV. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt, § 9 Abs. 6 Satz 3 QSV. **Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung.**

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt



Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
Im Fall beider Alternativen unter 3.:		
1) Urkunde/n über eine oder mehrere der unter 3. genannten Facharzt- / Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Fall der 2. Alternative unter 3. zusätzlich:		
2) Bescheinigung über 160 Stunden besondere geriatrische Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Zeugnis über eine ärztliche Tätigkeit von 6 oder 12 Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Kooperationsvereinbarung mit Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden (sofern diese nicht in der Praxis beschäftigt sind), Vorlage s. Anlage zum Antrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung von Ärzten nach § 3 QSV, so kann die KVB die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen, § 9 Abs. 5 QSV. Dasselbe gilt, wenn der Arzt eine im Vergleich zur QSV Geriatrische Versorgung abweichende, aber gleichwertige fachliche Befähigung nachweist.

Ziel und Inhalt der QSV, vgl. § 1 QSV:

Die QSV ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität der Versorgung von geriatrischen Patienten (entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118 a SGB V, s.u.) in der vertragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. Ziel der QSV ist die Sicherstellung einer speziellen Diagnostik des geriatrischen Patienten mit daraus abgeleitetem Behandlungsplan für den überweisenden Vertragsarzt und im Fall der Kooperation zusätzlich für den Hausarzt, der die Multimorbidität mit Schwere und Komplexität, aber auch den persönlichen Lebenskontext des geriatrischen Patienten berücksichtigt.

Patienten nach § 2 der Vereinbarung nach § 118 a SGB V:

Dies sind Patienten ab dem **vollendeten 70. Lebensjahr** mit **geriatrietypischer Morbidität**; letztere liegt bei Patienten vor, bei denen **mindestens zwei** nachfolgende **geriatrische Syndrome** dokumentiert sind, **oder mindestens ein** nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist **und eine Pflegestufe** nach § 15 SGB XI vorliegt:

- multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Schwindel
- komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
- Dysphagie
- Inkontinenz(en)
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

Zu den Rechtsgrundlagen:

Der Volltext der **Qualitätssicherungsvereinbarung** Spezialisierte geriatrische Diagnostik ist unter <http://www.kbv.de> unter der Rubrik Service/ Verträge / Qualitätssicherung, die **Vereinbarung nach § 118 a SGB V** ist unter <http://www.kbv.de> / Service / Rechtsquellen / weitere Rechtsquellen / zu besonderen Leistungen / Ambulante Behandlung durch geriatrische Institutsambulanzen abrufbar.

Anlage

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

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**
- und**
- **Erfahrung in der Anwendung von Assessmentverfahren**
- und**
- mit der **Weitergabe der nachfolgenden Daten an die KVB 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			



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			

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 Anstellers des o.g. Arztes (MVZ-Vertretungsberechtigter, Vertragsarzt)