

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/158062

ANTRAG

auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von spezialisierte geriatrischer Diagnostik für Inhaber des Fachkundenachweises Geriatric

Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt
- Geriatriche Institutsambulanz (GIA § 118a SGB V)

II. Leistungsumfang GOP - EBM

GOP EBM Leistungslegende

30981	Abklärung vor Durchführung eines spezialisierten Assessments (GOP 30984)
30984	weiterführendes geriatrisches Assessment nur auf Überweisung nach Abklärung (GOP 30980 und 30981)
30985	Zuschlag zur GOP 30984 Fortsetzung Assessment über 60 Minuten
30986	Zuschlag zur GOP 30985 Fortsetzung Assessment über 120 Minuten

III. Fachliche Anforderungen

Ich bin zum Führen der nachstehenden Facharztbezeichnung berechtigt:

- Innere Medizin
- Allgemeinmedizin
- Physikalische und Rehabilitative Medizin

und kann folgende Anforderungen nachweisen:

- Ich verfüge über den Fachkundenachweis Geriatrie der LÄK RLP (bitte beifügen)

und

- min. 5 Jahre vertragsärztliche Berufstätigkeit

und

- Behandlung von 20 geriatrischen Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V im Jahr vor der Antragstellung (z.B. Privatpatienten) die nicht zum Erwerb des Fachkundenachweises Geriatrie eingebracht wurden

und

- verfüge über besondere geriatrische Qualifikation in einem Umfang von min. 80 Stunden die neben der Fachkunde Geriatrie erworben wurden.

Hinweis:

Die KV RLP wird die ihr gegenüber abgerechneten geriatrischen Leistungen prüfen und automatisiert anrechnen. Falls die daraus ermittelten Zeitwerte nicht ausreichen sollten, werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen.

Gerne können Sie dem Antrag Nachweise über Seminare, Fortbildungen oder Praxistätigkeiten beilegen.

IV. Kooperationen

- Die Anlage I - Kooperationen ist dem Antrag beigelegt.

V. Organisatorische Anforderungen

Ich bestätige, dass die Praxis/Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt:

- Durchführung multiprofessioneller Qualitätszirkel zu geriatrischen Themen mindestens zweimal jährlich
- regelmäßig Schulungen der Praxismitarbeiter
- Durchführung von patientenorientierte Fallbesprechungen mit Beteiligung der eingebundenen Berufsgruppen

VI. Räumliche und apparative Anforderungen

Ich bestätige, dass die Praxis/Einrichtung folgende Anforderungen erfüllt:

- es ist sichergestellt, dass die räumliche sowie apparative Ausstattung die Diagnostik von geriatrischen Patienten ermöglicht
- der Zugang zur Praxis und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und -untersuchung sowie die sanitären Einrichtungen sind behindertengerecht

VII. Allgemeines

- Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche schriftliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der spezialisierten geriatrischen Diagnostik nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

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

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle (anstellender
Vertragsarzt, MVZ, Institut)