



Bezirksstellen Düsseldorf/Köln  
Abteilung Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

E-Mail: Geriatrie@kvno.de  
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 167

### Antrag auf Genehmigung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik

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

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Schwerpunkt \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Zusatzbezeichnung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei \_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV  
mit \_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing)  
mit \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft  
mit \_\_\_\_\_

Zulassung/Ermächtigung ab \_\_\_\_\_

### **Fachliche Anforderungen:**

- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt)
- Facharzt für Neurologie
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

jeweils mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“ **oder**

- Facharzt für Innere Medizin und Geriatric

**oder**

- Zusatzbezeichnung „Geriatric“

**oder**

- Facharzt für Innere Medizin
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Facharzt für Nervenheilkunde
- Facharzt für Neurologie
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

jeweils mit der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatric“  
(bei Ärzten, die auf der Grundlage einer früheren (Muster-)Weiterbildungsordnung (vor 2003) ihre Weiterbildung absolviert haben)

Die entsprechenden Urkunden liegen bei.

### **Fachliche Anforderungen für Fachärzte ohne den Facharzt Geriatric oder Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung für Geriatric:**

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

**und**

- Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118 a SGB V im Jahr vor der Antragstellung, (die folgende Kriterien erfüllen):

- Ein höheres Lebensalter (ab Beginn des 71. Lebensjahres)

**und**

- Mindestens zwei der nachfolgenden geriatrischen Syndrome oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe gemäß § 15 SGB XI:
- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschl. Fallneigung und Altersschwindel
- 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 chronische Schmerzsyndrom

Besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden

**und**

Fünf Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung

**und**

Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von zwölf Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter angeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit erfüllt.

**Kooperation mit weiteren Berufsgruppen:**

Nachfolgend aufgeführte Kooperationen werden vorgehalten:

- Physiotherapeuten                       Ergotherapeuten                       Logopäden

Die nachstehend genannten Qualifikationsvoraussetzungen der o.g. Kooperationspartner werden erfüllt und durch deren Unterschrift wie folgt bestätigt:

- 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.

Wir bitten um leserliche Angaben zu den Kooperationspartnern:

Physiotherapeuten (Vorname, Name, Adresse):


\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Logopäden (Vorname, Name, Adresse):


\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Ergotherapeuten (Vorname, Name, Adresse):


\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Die entsprechenden Zeugnisse/Nachweise können bei Bedarf jederzeit durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein zur Einsicht und Prüfung angefordert werden.

### **Räumliche Anforderungen:**

- Der Zugang zur Praxis und die Räumlichkeiten für die Patientenbetreuung und Patientenuntersuchung sind behindertengerecht
  
- Die Assessments finden in den Räumlichkeiten der geriatrischen Schwerpunktpraxis oder in den Räumen der weiteren Berufsgruppen statt. (Diese Räume befinden sich in unmittelbarer räumlicher Nähe)

### **Organisatorische Anforderungen:**

Ich verpflichte mich zwei Mal jährlich an multiprofessionelle Qualitätszirkel teilzunehmen, die Praxismitarbeiter regelmäßig zu schulen und patientenorientierte Fallbesprechungen mit den kooperierenden Berufsgruppen durchzuführen.

### **Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung:**

Ich verpflichte mich ebenfalls alle zwei Jahre 48 Fortbildungspunkte zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen.

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift  
des Antragstellers

Im Falle der Anstellung  
Stempel und Unterschrift des  
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/  
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

#### Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.