

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Genehmigung zur Weiterführung des Versorgungsauftrages** Anlage 9.1 BMV-Ä (Dialyse)
nach **Änderung des Dialysestandortes von Vertragsärzten**

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft niedergelassener Arzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Nachfolgend genannte **Ärzte verfügen bereits übers eine Genehmigung** zur Übernahme des Versorgungsauftrages für diesen Standort:

So genannter erster Arzt **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Zweiter Arzt **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Dritter/weiterer Arzt **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Vierter Arzt/weiterer Arzt **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Weiterer Arzt **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages für die in § 3 Abs. 3 Buchstabe a) der Anlage 9.1 BMV-Ä definierten Patientengruppen **nach Änderung des Dialysestandortes** (nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten – Leistungserbringung durch Vertragsärzte)

| | |
|--|---------------|
| Änderung des Dialysestandortes ab _____ | |
| tt.mm.jj | |
| Bisheriger Dialysestandort | |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | |
| E-Mail-Adresse | Telefonnummer |
| Neuer Dialysestandort | |
| Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | |
| E-Mail-Adresse | Telefonnummer |

3. Angaben zur Organisation

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Die angebotenen Dialyseverfahren und –formen, die nicht selbständig angeboten werden, sind durch Kooperation/en mit der/den genannten benachbarten Dialysepraxis/en bzw. Dialyseeinrichtung/en sichergestellt. |
|--------------------------|---|

| | |
|--------------------------|--|
| 3.1 | Dialyseverfahren |
| <input type="checkbox"/> | Extrakorporale Blutreinigungsverfahren |
| | <input type="checkbox"/> durch die Praxis |
| | oder |
| | <input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung |
| | Name und Adresse |
| <input type="checkbox"/> | Peritonealdialyse |
| | <input type="checkbox"/> durch die Praxis |
| | oder |
| | <input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung |
| | Name und Adresse |

3.2 Dialyseformen

- Zentrumsdialyse**
 durch die Praxis
oder
 durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

Name und Adresse

- Zentralisierte Heimdialyse „Limited Care“**
 durch die Praxis
oder
 durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

Name und Adresse

- Bei **Komplikationen und Zwischenfällen** steht ein für die Übernahme des Versorgungsauftrages genehmigter Arzt bzw. sein genannter qualifizierter Vertreter bei der „**Zentrumsdialyse**“ unmittelbar, bei der „**Zentralisierten Heimdialyse**“ innerhalb von 30 Minuten, - und bei lebensbedrohenden Komplikationen und Zwischenfällen auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar - am Dialysestandort zur Verfügung.

- Bei der „**Zentralisierten Heimdialyse**“ wird jeder Patient einmal pro Woche vom Dialysearzt persönlich beraten und beurteilt.

- Heimdialyse**
 durch die Praxis
oder
 durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

Name und Adresse

3.3 Dialyse von Erwachsenen

Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze _____, davon Plätze für infektiöse Patienten _____

- Kooperation mit Transplantationszentrum besteht

Name und Adresse

3.4 Dialyse von Kindern

Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze _____ davon Plätze für infektiöse Patienten _____

- Kooperation mit Transplantationszentrum für Kinder besteht

Name und Adresse

- Das Vorhandensein einer pädiatrischen Fachkraft wird bestätigt.

- Das Vorhandensein einer psychosozialen Fachkraft wird bestätigt

3.5 Ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst

Die geforderte ärztliche Präsenz (bei Zentrumsdialyse) sowie Rufbereitschaft (bei Zentralisierter Heimdialyse) wird – auch im **Urlaubs- und Krankheitsfall** – gewährleistet durch:

- die nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren qualifizierten Ärzte der Praxis
oder
 durch kooperative Tätigkeit mit folgender benachbarter Dialysepraxis / Dialyseeinrichtung / folgendem zur Durchführung **ambulanter Dialysen** ermächtigten Krankenhausarzt:

Name und Adresse

- ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst wird selbst vorgehalten
oder
 der 24-stündige pflegerische Bereitschaftsdienst ist durch Kooperation mit folgender benachbarter Dialysepraxis / Dialyseeinrichtung / folgendem zur Durchführung **ambulanter Dialysen** ermächtigten Krankenhausarzt gewährleistet:

Name und Adresse

3.6 Anzahl der vertragsärztlichen Patienten derzeit pro Jahr kontinuierlich in der Dialyse als Zentrumsdialyse / Zentralisierte Heimdialyse (Berechnung nach § 5 Abs. 7 c)

Qualitätssicherungsvereinbarung)

- bis 30 Patienten
 31 – 100 Patienten
 101 – 150 Patienten
 151 – 200 Patienten
 201 – 250 Patienten


4. Apparative Ausstattung

- 4.1 Die Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet und ermöglichen eine Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren sowie den Einsatz von Acetat- als auch Bicarbonatdialysat
- Für die Herstellung von Dialysat benötigtes Reinwasser wird mindestens mit einer Umkehrosmose aufbereitet
- Zur Behandlung von Notfällen wird in der Dialyse folgende Mindestausstattung vorgehalten:
- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
 - Absaugvorrichtung
 - Sauerstoffversorgung
 - Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
- Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für die Hämoglobin- oder Hämatokritbestimmung

- 4.2 Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschließlich der Nieren und/oder der Thoraxorgane, jeweils mittels B-Mode-Verfahren (Nrn. 33042 und/oder 33040 EBM)
und/oder
- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genital-Organe mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33043 EBM)

5. Zusammenwirken mit Leistungserbringern


| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Zusammenwirken mit genannter ermächtigtger ärztlich geleiteter Einrichtung oder |
| <input type="checkbox"/> | Zusammenwirken mit genanntem Leistungserbringer gemäß § 126 Abs. 3 i.V.m.§ 127 SGB V |
| | LANR Titel _____ |
| | Name _____ Vorname _____ |
| | _____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort Hauptbetriebstätte |
| <input type="checkbox"/> | Besteht seit _____ tt.mm.jj |
| <input type="checkbox"/> | Ist geplant zum _____ tt.mm.jj |
| <input type="checkbox"/> | Kooperationsvertrag liegt bei |
| <input type="checkbox"/> | Schriftliche Mitteilung, dass die in §§ 14 bzw. 15 Anlage 9.1 BMV-Ä festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden, liegt bei |




Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KVB meinen Antrag mit den darin gemachten Angaben an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene zur Genehmigungserteilung weiterleitet.


Mit einer Überprüfung der organisatorischen und apparativen Voraussetzungen durch die Vorstandskommission für Blutreinigungsverfahren nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung bin ich einverstanden.


Ich/Wir (Antragsteller und die ggf. beim Antragsteller tätigen Ärzte) bestätige/n, dass ich/wir den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne/n diesen ausdrücklich als für mich/uns rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/ersten Arztes 

Unterschrift des zweiten Arztes 

Unterschrift des dritten Arztes 

Unterschrift des vierten Arztes 

Stempel Antragsteller

| Checkliste | Liegen der KVB berits vor | Sind dem Antrag beigefügt |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| 1) zu 3.5 schriftliche Bestätigung bzgl. ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) zu 5 Kooperationsvertrag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) zu 5 Schriftliche Mitteilung, dass die in §§ 14 bzw. 15 Anlage 9.1 BMV-Ä festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden | <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.

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.

Nach § 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä sind die Versorgungsaufträge nach den Buchstaben a), d) und e) genehmigungspflichtig. Nach § 4 der Anlage 9.1 BMV-Ä bedarf die Übernahme des Versorgungsauftrages nach § 3 Abs. 3 Buchstabe a) durch zugelassene Vertragsärzte der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist im Einvernehmen mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene zu erteilen.

Das Umlaufverfahren zum Einholen der Stellungnahme beim jeweiligen Krankenkassenverband erfolgt, sobald der Antrag vollständig eingereicht wurde.

Zu Angaben zur Organisation

Der Arzt oder die Einrichtung hat zu gewährleisten, dass für die Versorgung der Versicherten alle Dialyseverfahren und -formen nach § 1 der Anlage 9.1 BMV-Ä angeboten werden.

Für den Fall, dass der Arzt oder die Einrichtung nicht alle Verfahren und Formen selbst durchführen kann, sind diese Verfahren durch Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder anderen benachbarten Dialyseeinrichtungen sicherzustellen. Der Arzt oder die Einrichtung hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, welche Dialyseverfahren und -formen von ihm selbst und welche in Kooperation mit anderen Dialysepraxen oder Dialyseeinrichtungen erbracht werden. Vgl. dazu § 5 Abs. 1 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren.

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte-ZV ist bei Bedarf unter <http://www.kvb.de/praxis/rechtsquellen/rechtsquellen-bund/grundlagen/> abrufbar.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren ist unter <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2505.html> abrufbar.

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.