

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 eine ärztlich geleitete Einrichtung)

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

- 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

- Extrakorporale Blutreinigungsverfahren**
- durch die Einrichtung
- oder**
- durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

Name und Adresse

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

Name und Adresse

3.2	<p>Dialyseformen</p> <p><input type="checkbox"/> Zentrumsdialyse</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch die Einrichtung</p> <p style="margin-left: 40px;">oder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Name und Adresse</p>
	<p><input type="checkbox"/> Zentralisierte Heimdialyse „Limited Care“</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch die Einrichtung</p> <p style="margin-left: 40px;">oder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Name und Adresse</p> <p style="margin-top: 20px;"><input type="checkbox"/> 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.</p> <p style="margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> Bei der „Zentralisierten Heimdialyse“ wird jeder Patient einmal pro Woche vom Dialysearzt persönlich beraten und beurteilt.</p>
	<p><input type="checkbox"/> Heimdialyse</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch die Einrichtung</p> <p style="margin-left: 40px;">oder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Name und Adresse</p>
3.3	<p><input type="checkbox"/> Dialyse von Erwachsenen</p> <p>Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze _____, davon Plätze für infektiöse Patienten _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kooperation mit Transplantationszentrum besteht</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Name und Adresse</p>
3.4	<p><input type="checkbox"/> Dialyse von Kindern</p> <p>Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze _____ davon Plätze für infektiöse Patienten _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kooperation mit Transplantationszentrum für Kinder besteht</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Name und Adresse</p> <p style="margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> Das Vorhandensein einer pädiatrischen Fachkraft wird bestätigt.</p> <p style="margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> Das Vorhandensein einer psychosozialen Fachkraft wird bestätigt.</p>

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 Einrichtung
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 Umkehrosiose 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

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 (Antragsteller) 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 denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertretungsberechtigter der Einrichtung 

Stempel Einrichtung

Checkliste	Liegen der KVB bereits 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 ärztlich geleitete Einrichtungen 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.