Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

auf **Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä (Dialyse)** durch eine **ärztlich geleitete Einrichtung** in einer **Zweigpraxis bzw. ausgelagerten Praxisstätte**

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (Vertretungsberechtigter der Einrichtung)

LANR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

BSNR: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ Ich bin für die Einrichtung _____ vertretungsberechtigt
Name der Einrichtung

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Einrichtung

_____
E-Mail-Adresse Telefonnummer

_____
Bisheriger weiterer Dialysestandort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

_____
Bisheriger weiterer Dialysestandort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä (nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten durch eine ärztlich geleitete Einrichtung) in einer Zweigpraxis bzw. ausgelagerten Praxisstätte.

Die Antragstellung erfolgt für folgenden zusätzlichen Standort

☐ Zweigpraxis
☐ Ausgelagerte Praxisstätte

BSNR: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Name _____

_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Zweigpraxis/ausgelagerten Praxisstätte

3. Begründung

3.1 ☐ Die räumlichen Gegebenheiten in der Praxis reichen zur Durchführung der Hämodialyse für die zum Zeitpunkt der Antragstellung zu versorgenden Patienten nicht aus.

☐ Derzeitige Patientenzahl (nur Hämodialyse) in der Hauptpraxis _____
Anzahl der Dialyseplätze in der Hauptpraxis _____

oder

☐ Die wohnortnahe Versorgung der zum Zeitpunkt der Antragstellung mit Verfahren der Hämodialyse behandelten Patienten wird durch die projektierte Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisstätte verbessert.

3.2 Entfernung des beantragten Standortes zur Hauptpraxis
Fahrstrecke _____ km
Fahrzeit _____ Minuten

3.3 Die Zweigpraxis/ausgelagerte Praxisstätte liegt in der Versorgungsregion der bestehenden Dialyseeinrichtung
☐ ja
☐ nein

3.4 Anzahl der für die Dialysebehandlung in der beantragten Zweigpraxis/ausgelagerten Praxisstätte in Frage kommenden Patienten ca. _____ aus folgenden Herkunftsorten (PLZ, Ort):

_____

_____

_____

4. Angaben zur Organisation

4.1	☐	Gesamtzahl der in der Zweigpraxis/ausgelagerten Praxisstätte vorgehaltenen/vorgesehenen Dialyseplätze _____, davon Plätze für infektiöse Patienten _____
4.2	**Angebotene Dialyseverfahren in der Zweigpraxis / ausgelagerten Praxisstätte**	
	☐	Extrakorporale Blutreinigungsverfahren
	☐	Peritonealdialyse
4.3	**Angebotene Dialyseformen in der Zweigpraxis / ausgelagerten Praxisstätte**	
	☐	Zentrumsdialyse
	☐	Zentralisierte Heimdialyse „Limited Care“
		☐ 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
4.4	☐	**Dialyse von Erwachsenen**
	☐	☐ Kooperation mit Transplantationszentrum besteht _____ Name und Adresse
4.5	☐	**Dialyse von Kindern**
		☐ Kooperation mit Transplantationszentrum für Kinder besteht _____ Name und Adresse
		☐ Das Vorhandensein einer pädiatrischen Fachkraft wird bestätigt.
		☐ Das Vorhandensein einer psychosozialen Fachkraft wird bestätigt.

4.6 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

5. Apparative Ausstattung

☐ 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

☐ **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.**

☐ **Hiermit erkläre ich mich mit einer Überprüfung der organisatorischen und apparativen Voraussetzungen durch die Vorstandskommission für Blutreinigungsverfahren nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung 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	**Liegt der KVB bereits vor**	**Sind dem Antrag beigefügt**
1) Schriftliche Bestätigung zum Nachweis der ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst (Kooperation) gemäß Punkt 4.6	☐	☐

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.