

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Ermächtigung und Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages** nach Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV (Dialyse) **durch einen angestellten Krankenhausarzt**

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragsteller</b> (Angestellter Krankenhausarzt)	
<b>ggf. LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Krankenhauses	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Ich bin Nachfolger des nachfolgend genannten Arztes mit entsprechendem Versorgungsauftrag	
_____ (Name des ausgeschiedenen/ausscheidenden Arztes)	

### 2. Beantragung

Beantragt wird die Ermächtigung und Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV (nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten durch einen angestellten Krankenhausarzt)

<b>2.1</b>	<input type="checkbox"/>	Nach <b>§ 11 Abs. 1</b> (Nephrologische Versorgung von Erwachsenen)
	<input type="checkbox"/>	Nach <b>§ 11 Abs. 2</b> (Nephrologische Versorgung von Kindern)
	<input type="checkbox"/>	Für die in <b>§ 3 Abs. 3 Buchstabe d)</b> definierten Patientengruppen
	<input type="checkbox"/>	<b>Zusätzlich – entsprechend § 3 Abs. 3 Buchstabe a) – für die in § 2 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 definierten Patientengruppen</b> (Nur möglich, wenn und solange in der Versorgungsregion der Einrichtung kein Vertragsarzt zugelassen ist, der einen Versorgungsauftrag für die in § 3 Abs. 3 Buchstabe a) oder b) der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV definierten Patientengruppen durchführt).
	<input type="checkbox"/>	Für die in <b>§ 3 Abs. 3 Buchstabe e)</b> definierten Patientengruppen
<b>2.2</b>	<input type="checkbox"/>	Nach <b>§ 11 Abs. 3 als Leiter einer „Nephrologischen Schwerpunktabteilung“</b> für die Mitbehandlung der in § 2 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV definierten Patientengruppen

### 3. Fachliche Voraussetzungen

<p><b>3.1</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung <b>Nephrologie</b> <b>oder</b></p> <p><input type="checkbox"/> Berechtigung zur Durchführung von Dialyse <b>gemäß den bis 30.06.2002 gültig</b> <b>gewesenen „Qualifikationsvoraussetzungen</b> zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren“</p>
<p><b>3.2</b></p>	<p><b>Ausschließlich für Dialyse bei Kindern</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde/Kinder- und Jugendmedizin <b>und</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über mindestens 1000 Dialysen (davon mindestens 250 Hämodialysen und mindestens 250 Peritonealdialysen) <b>und</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie unter Anleitung (s. dazu Hinweise im Anhang) <b>und</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis über 12 Monate Dialysetätigkeit unter Anleitung (s. dazu Hinweise im Anhang) <b>oder</b></p> <p><input type="checkbox"/> 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie einschließlich 12 Monate Dialyse unter Anleitung (s. dazu Hinweise im Anhang) <b>und</b></p> <p><input type="checkbox"/> Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium</p>

### 4. Angaben zur Organisation

<p><input type="checkbox"/> Die angebotenen Dialyseverfahren und -formen, die nicht selbständig angeboten werden, sind durch <b>Kooperation/en mit der/den genannten benachbarten Dialysepraxis/en bzw.</b> <b>Dialyseeinrichtung/en</b> sichergestellt.</p>	
<p><b>4.1</b></p>	<p><b>Dialyseverfahren</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Extrakorporale Blutreinigungsverfahren</b></p> <p><input type="checkbox"/> durch die Einrichtung <b>oder</b></p> <p><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Peritonealdialyse</b></p> <p><input type="checkbox"/> durch die Einrichtung <b>oder</b></p> <p><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p>
<p><b>4.2</b></p>	<p><b>Dialyseformen</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Zentrumsdialyse</b></p> <p><input type="checkbox"/> durch die Einrichtung <b>oder</b></p>

durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

**Zentralisierte Heimdialyse „Limited Care“**

durch die Einrichtung

**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**

In der Dialyseeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Adresse der Dialyseeinrichtung

**oder**

durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

**4.3**  **Dialyse von Erwachsenen**

Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze \_\_\_\_\_, davon Plätze für infektiöse Patienten \_\_\_\_\_

Kooperation mit Transplantationszentrum besteht

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

**4.4**  **Dialyse von Kindern** (ggf. zusätzlich zu den Angaben unter 3.2)

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

#### 4.5 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:

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse des Arztes

- 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

#### 4.6 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

### 5. Apparative Ausstattung

- 5.1**  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

- 5.2**  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)
- oder**
- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genital-Organen mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33043 EBM)

## 6. Angaben zur nephrologischen Schwerpunktabteilung


(Vom Antragsteller nur auszufüllen bei entsprechender Beantragung als Leiter einer „Nephrologischen Schwerpunktabteilung nach § 11 Abs. 3 Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV, s. 2.2)

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Stationäre Diagnostik und Behandlung von Nieren- und Hochdruckerkrankungen   |
| <input type="checkbox"/> | Therapie schwerwiegender Nierenerkrankungen wie z.B. akutes Nierenversagen einschließlich intensiv-medizinischer Behandlung  |
| <input type="checkbox"/> | Bereitstellung aller Verfahren der Hämo- und Peritonealdialyse   |
| <input type="checkbox"/> | Verpflichtung zur Übernahme folgender Versorgungsaufgaben für chronisch niereninsuffiziente Patienten anderer Dialysepraxen und -einrichtungen in der Region: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vorhalten einer Auffangdialyse bei kompliziertem Dialyseverlauf und interkurrenten Erkrankungen</li><li>▪ Ausbildung von Patienten und deren Angehörigen für die Heimdialyse (Hämo- und Peritonealdialyse)</li><li>▪ Versorgung infektiöser Dialysepatienten</li><li>▪ Anlage von Dialysezugängen (arterio-venöse Shunts, Gefäßprothesen, permanente Venen-Katheter, Peritoneal-Katheter u.a.) in enger Kooperation mit erfahrenen Operateuren und ausreichender Präsenz für Notfälle</li><li>▪ Betreuung von Patienten vor und nach einer Nierentransplantation in enger Kooperation mit einem Transplantationszentrum, Möglichkeiten der Behandlung von Komplikationen und Nachsorge</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> | Befugnis des Antragstellers zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung der Bayerischen Landesärztekammer für den Schwerpunkt Nephrologie<br><b>und</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Befugnis zur Ausbildung von Fachpflegekräften  |

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 Antragsteller

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegen der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Nachweise der fachlichen Befähigung gemäß Punkt 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Schriftliche Bestätigung zum Nachweis der ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst (Kooperation) gemäß Punkt 4.5	<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 § 4 der Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV bedarf die Übernahme des Versorgungsauftrages nach § 3 Abs. 3 Buchstabe a) oder d) für 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.

#### **Zur fachlichen Voraussetzung**

Die Anleitung hat bei einem entsprechend zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung befugten Arzt für das Gebiet Kinderheilkunde stattzufinden. Zu beachten ist, dass die Zeugnisse von dem Arzt, der die Anleitung durchgeführt hat, unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten müssen:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in welcher die Weiterbildung bzw. Anleitung stattfand
- Auf das jeweilige Dialyseverfahren bezogene Anzahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten Dialysen
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Dialysen

#### **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/EKV 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](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.