

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Sicherstellung Elsenheimerstr. 39 80687 München

Erstantrag

auf Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä (Dialyse) durch Vertragsärzte

1. Allgemeine Angaben

| Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies de | er Arbeitgeber) | | | |
|---|---|--|--|--|
| LANR: _ _ _ _ _ | Titel | | | |
| Name | , Vorname | | | |
| BSNR: _ _ _ _ _ | | | | |
| Straße, Hausnummer, | PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte | | | |
| E-Mail-Adresse | Telefonnummer | | | |
| Nur falls noch nic | Nur falls noch nicht zugelassen: Postanschrift | | | |
| Bisheriger weiterer Dialysestandort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | | | | |
| Bisheriger weiterer Dialyses | Bisheriger weiterer Dialysestandort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | | | |
| ☐ Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsge | meinschaft niedergelassener Arzt seit/ab: | | | |
| ☐ Ich bin am Krankenhaus(Name des Kra | | | | |



2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur erstmaligen Übernahme des besonderen Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä für die nach § 3 Abs. 3 Buchstabe a) definierten Patientengruppen (nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten – Leistungserbringung durch Vertragsärzte) durch nachfolgend genannte/n Arzt/Ärzte:

| rsten Arzt (Praxisinhaber) | |
|---------------------------------------|--|
| | |
| LANR: IIIIII | Titel |
| Name | , Vorname |
| zur vertragsärztlichen Versorgung | g zugelassen |
| Zulassung beantragt / geplant | |
| ☐ Anstellung genehmigt / geplant | |
| ☐ Praxisnachfolger oder Nachfolge | r eines angestellten Arztes |
| (Name des susse | schiedenen / ausscheidenden Arztes) |
| (Name des ausge | schiedenen / ausscheidenden Arztes) |
| Zweiten Arzt (BAG-Partner oder ange | estellter Arzt/Assistent) |
| LANR: I I I I I I I I I I | Titel |
| | , Vorname |
| zur vertragsärztlichen Versorgung | |
| ☐ Zulassung beantragt / geplant | |
| ☐ Anstellung genehmigt / geplant | |
| ☐ Praxisnachfolger oder Nachfolge | r eines angestellten Arztes |
| | |
| (Name des ausge | schiedenen / ausscheidenden Arztes) |
| Dritten/ weiteren Arzt (BAG-Partner o | oder angestellter Arzt/Assistent) |
| LANR: | Titel |
| | |
| | , Vorname |
| zur vertragsärztlichen Versorgung | g zugelassen |
| Zulassung beantragt / geplant | |
| ☐ Anstellung genehmigt / geplant | |
| Praxisnachfolger oder Nachfolge | r eines angestellten Arztes |
| (Name des ausge | schiedenen / ausscheidenden Arztes) |
| / 220 22090 | · ···································· |



| | R: IIIIII Titel |
|-----------------|--|
| Nar | ne, Vorname |
| | zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen |
| | Zulassung beantragt / geplant |
| | Anstellung genehmigt / geplant |
| | Praxisnachfolger oder Nachfolger eines angestellten Arztes |
| | (Name des ausgeschiedenen / ausscheidenden Arztes) |
| F1 | taka Wannanataun nan |
| . Facn | iche Voraussetzungen |
| .1 Nar | ne des ersten Arztes: |
| .1.1 | Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie oder |
| | Berechtigung zur Durchführung von Dialyse gemäß den bis 30.06.2002 gültig |
| | gewesenen "Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von |
| | Blutreinigungsverfahren" |
| | oder |
| 3.1.2 | Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin (ohne Voraussetzungen nach 3.1) (Diese Qualifikation ist ab dem 3. Arzt nur bei einem der sogenannten "weiteren Ärzte" möglich) |
| .1.3 A u | sschließlich für Dialyse bei Kindern |
| | Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde/Kinder- und Jugendmedizin |
| | und |
| | Nachweis über mindestens 1000 Dialysen (davon mindestens 250 Hämodialysen und |
| | mindestens 250 Peritonealdialysen) |
| | und |
| | Nachweis über 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) |
| | und |
| | Nachweis über 12 Monate Dialysetätigkeit unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) |
| | oder |
| | 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie einschließlich 12 Monate Dialyse unter |
| | Anleitung (s. Hinweise im Anhang) |
| | und |
| | unu |



| IVallie | des zweiten Arztes: |
|---------|--|
| П | Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie |
| | oder |
| П | Berechtigung zur Durchführung von Dialyse gemäß den bis 30.06.2002 gültig |
| | gewesenen "Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von |
| | Blutreinigungsverfahren" |
| | oder |
| | Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin (ohne Voraussetzungen nach 3.1) (Diese Qualifikation ist ab dem 3. Arzt nur bei einem der sogenannten "weiteren Ärzte" möglich) |
| Auss | chließlich für Dialyse bei Kindern |
| | Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde/Kinder- und Jugendmedizin |
| _ | und |
| П | Nachweis über mindestens 1000 Dialysen (davon mindestens 250 Hämodialysen und |
| | mindestens 250 Peritonealdialysen) |
| | und |
| | Nachweis über 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) |
| | und |
| | Nachweis über 12 Monate Dialysetätigkeit unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) |
| | |
| | oder |
| | 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie einschließlich 12 Monate Dialyse unter |
| | Anleitung (s. Hinweise im Anhang) |
| | und |
| | Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium |
| | |
| Name | des dritten/ weiteren Arztes: |
| | Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie |
| | oder |
| | Berechtigung zur Durchführung von Dialyse gemäß den bis 30.06.2002 gültig |
| | gewesenen "Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von |
| | Blutreinigungsverfahren" |
| | |
| | Oder |
| | Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin (ohne Voraussetzungen nach 3.1) (Diese Qualifikation ist ab dem 3. Arzt nur bei einem der sogenannten "weiteren Ärzte" möglich) |
| Auss | chließlich für Dialyse bei Kindern |
| | Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde/Kinder- und Jugendmedizin |
| | und |
| | Nachweis über mindestens 1000 Dialysen (davon mindestens 250 Hämodialysen und |
| _ | mindestens 250 Peritonealdialysen) |
| | und |
| | Nachweis über 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie unter Anleitung (s. |
| Ш | Hinweise im Anhang) |
| | und |
| Ш | Nachweis über 12 Monate Dialysetätigkeit unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) |
| | Auss Name Auss Auss |



| | | oder | | |
|-------|--|--|--|--|
| | | 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie einschließlich 12 Monate Dialyse unter | | |
| | _ | Anleitung (s. Hinweise im Anhang) | | |
| | | und | | |
| | | Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium | | |
| 3.4 | Name | des vierten/ weiteren Arztes: | | |
| 3.4.1 | | Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie | | |
| | | oder Berechtigung zur Durchführung von Dialyse gemäß den bis 30.06.2002 gültig | | |
| | | | | |
| | | gewesenen "Qualifikationsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von | | |
| | | Blutreinigungsverfahren" | | |
| 0.40 | | oder | | |
| 3.4.2 | Ш | Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin (ohne Voraussetzungen nach 3.1) (Diese Qualifikation ist ab dem 3. Arzt nur bei einem der sogenannten "weiteren Ärzte" möglich) | | |
| 3.4.3 | Ausschließlich für Dialyse bei Kindern | | | |
| | | Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde/Kinder- und Jugendmedizin | | |
| | | und | | |
| | | Nachweis über mindestens 1000 Dialysen (davon mindestens 250 Hämodialysen und | | |
| | | mindestens 250 Peritonealdialysen) | | |
| | | und | | |
| | | Nachweis über 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) | | |
| | П | und | | |
| | | Nachweis über 12 Monate Dialysetätigkeit unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) | | |
| | | | | |
| | | oder | | |
| | | 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie einschließlich 12 Monate Dialyse unter | | |
| | | Anleitung (s. Hinweise im Anhang) | | |
| | | und | | |

Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium



4. Angaben zur Organisation

| | sind d | ngebotenen Dialyseverfahren und –formen, die nicht selbständig angeboten werden, lurch Kooperation/en mit der/den genannten benachbarten Dialysepraxis/en bzw. seeinrichtung/en sichergestellt. |
|-----|--------|---|
| 4.1 | Dialy: | severfahren Extrakorporale Blutreinigungsverfahren durch die Praxis oder durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung |
| | | Name und Adresse Peritonealdialyse durch die Praxis oder |
| 4.2 | Dialy | ☐ durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung Name und Adresse seformen |
| | | 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 | | | | |
| 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 und 3.3) | | | | |
| | | 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 | Ärztl | iche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst | | | | |
| | | geforderte ärztliche Präsenz (bei Zentrumsdialyse) sowie Rufbereitschaft (bei ralisierter Heimdialyse) wird – auch im Urlaubs- und Krankheitsfall – gewährleistet n: | | | | |
| | | 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 | | | | |



| 4.6 | Anzahl der vertragsärztlichen Batienten derzeit pro Jahr kentinuierlich in der Dialyse als | | | |
|------|--|--|--|--|
| 4.0 | 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 | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 5. A | Apparative Ausstattung | | | |
| 5.1 | ☐ Die Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet und | | | |
| J. 1 | 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) | | | |
| | und/oder | | | |
| | Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genitial-Organe mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33043 EBM) | | | |
| | | | | |
| 6 7 | usammenwirken mit Leistungserbringern | | | |
| 0. Z | usanmenwirken mit Leistungserbringern | | | |
| | Zusammenwirken mit genannter ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtung | | | |
| | oder | | | |
| | Zusammenwirken mit genanntem Vertragspartner gemäß § 126 Abs. 3 i.V.m. § 127 SGB V | | | |
| | LANR IIIIII Titel | | | |
| | Name Vorname | | | |
| | | | | |
| | Straße, Hausnummer, PLZ, Ort | | | |
| | | | | |
| | Besteht seit tt.mm.jj | | | |
| | Ist geplant zumtt.mm.jj | | | |
| | tt.mm.jj | | | |
| | Kaaparationsvertrag liegt hei | | | |
| | Kooperationsvertrag liegt bei | | | |
| | 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. | | | | |
| Inhalt des Antrags sowie des Kenntnis genommen habe und | beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsver- führten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags. | | | |
| Bitte denken Sie daran, alle mit geke | ennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. | | | |
| | | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller / Vertragsarzt | | | |
| Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich: | | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt | | | |
| Ort, Datum | Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt | | | |
| | | | | |
| | Stempel Antragsteller | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



| Checkliste | Liegen der KVB bereits vor | Sind dem Antrag beigefügt |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| 1) zu 3.1, 3.2, 3.3 Nachweise der fachlichen Befähigung | | |
| 2) zu 4.5 Schriftliche Bestätigung bzgl. ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst | | |
| 3) zu 6 Kooperationsvertrag | | |
| 4) zu 6 Schriftliche Mitteilung, dass die in §§ 14 bzw. 15 Anlage 9.1 BMV-Ä festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden | | |



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 fachlichen Voraussetzungen

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 sowie
- 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 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 können Sie unter http://www.kbv.de/rechtsquellen/2505.html nachlesen.

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.