

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag (Änderung / Erweiterung)

auf **Änderung bzw. Erweiterung der Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages** nach Anlage 9.1 BMV-Ä (Dialyse) **durch ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (MVZ-Vertretungsberechtigter)	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtigt Name des MVZ	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des MVZ	
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
Bisheriger weiterer Dialysestandort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Bisheriger weiterer Dialysestandort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
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 _____

Die Antragstellung erfolgt für	
<input type="checkbox"/> den Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____,	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____	tt.mm.jj
<input type="checkbox"/> zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen	
<input type="checkbox"/> Zulassung beantragt / geplant	
<input type="checkbox"/> Anstellung genehmigt / geplant	
<input type="checkbox"/> Praxisnachfolger oder Nachfolger eines angestellten Arztes	

2. Beantragung

Beantragt wird die Änderung/ Erweiterung der Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä für die nach § 3 Abs. 3 Buchstabe a) definierten Patientengruppen (nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten) – **Leistungserbringung in einem Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) durch o. g. Arzt als so genannte/n:**

<input type="checkbox"/> Ersten Arzt
<input type="checkbox"/> Zweiten Arzt
<input type="checkbox"/> Weiteren Arzt (Erweiterung)

(ggf. Name des ausgeschiedenen / ausscheidenden Arztes)

3. Fachliche Voraussetzungen

Name des (neuen/zusätzlichen) Arztes: _____
(Bei mehreren Ärzten dieses Blatt jeweils für jeden Arzt einzeln ausfüllen und beifügen)

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

4. 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.
--------------------------	---

4.1	Dialyseverfahren <input type="checkbox"/> Extrakorporale Blutreinigungsverfahren <input type="checkbox"/> durch das MVZ oder <input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung <hr/> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p> <input type="checkbox"/> Peritonealdialyse <input type="checkbox"/> durch das MVZ oder <input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung <hr/> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p>
-----	--

4.2 **Dialyseformen**

- Zentrumsdialyse**
 durch das MVZ
oder
 durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

Name und Adresse

- Zentralisierte Heimdialyse „Limited Care“**
 durch das MVZ
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 das MVZ
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 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 des MVZ **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
 101 – 150 Patienten
 151 – 200 Patienten
 201 – 250 Patienten

5. Angaben zur apparativen 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 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

- 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-Genital-Organen mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33043 EBM)

6. Zusammenwirken mit ermächtigten Leistungserbringern

- Zusammenwirken mit genannter ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtung
oder
- Zusammenwirken mit genanntem Vertragspartner gemäß § 126 Abs. 3 i.V.m. § 127 SGB V zugelassener Einrichtung
- LANR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Titel _____
- Name _____ Vorname _____
- _____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
- Besteht seit _____ tt.mm.jj
- Ist geplant zum _____ tt.mm.jj
- 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.

Hiermit erkläre ich mich mit einer Überprüfung der organisatorischen und apparativen Voraussetzungen durch die Vorstandskommission für Blutreinigungsverfahren nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung einverstanden.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) 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 MVZ-Vertretungsberechtigter bzw.
ärztlicher Leiter und erster Arzt

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt und
erster, zweiter oder weiterer Arzt 


Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt und
erster, zweiter oder weiterer Arzt 

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt und
erster, zweiter oder weiterer Arzt 

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt und
erster, zweiter oder weiterer 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) zu 4.5 Schriftliche Bestätigung bzgl. ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) zu 6 Kooperationsvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) zu 6 Schriftliche Mitteilung, dass die in §§ 14 bzw. 15 Anlage 9.1 BMV-Ä festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

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 MVZ 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.