

3.2 Name des zweiten Arztes: _____




3.2.1	<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
3.2.2	<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)
3.2.3	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. Hinweise im Anhang) <input type="checkbox"/> und <input type="checkbox"/> Nachweis über 12 Monate Dialysetätigkeit unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie einschließlich 12 Monate Dialyse unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) <input type="checkbox"/> und <input type="checkbox"/> Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium

3.3 Name des dritten/ weiteren Arztes: _____

3.3.1	<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
3.3.2	<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)
3.3.3	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. Hinweise im Anhang) <input type="checkbox"/> und <input type="checkbox"/> Nachweis über 12 Monate Dialysetätigkeit unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang)

<input type="checkbox"/> oder 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie einschließlich 12 Monate Dialyse unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang)
<input type="checkbox"/> und Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium

3.4 Name des vierten/ weiteren Arztes: _____

3.4.1 <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	
3.4.2 <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)	
3.4.3 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. Hinweise im Anhang) <input type="checkbox"/> und Nachweis über 12 Monate Dialysetätigkeit unter Anleitung (s. Hinweise im Anhang) <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> 24 Monate Tätigkeit in pädiatrischer Nephrologie einschließlich 12 Monate Dialyse unter Anleitung (s. Hinweise 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	<p>Dialyseverfahren</p> <p><input type="checkbox"/> Extrakorporale Blutreinigungsverfahren</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch die Praxis</p> <p style="margin-left: 40px;">oder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Name und Adresse</p> <p><input type="checkbox"/> Peritonealdialyse</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch die Praxis</p> <p style="margin-left: 40px;">oder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Name und Adresse</p>
4.2	<p>Dialyseformen</p> <p><input type="checkbox"/> Zentrumsdialyse</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch die Praxis</p> <p style="margin-left: 40px;">oder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">Name und Adresse</p>
	<p><input type="checkbox"/> Zentralisierte Heimdialyse „Limited Care“</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch die Praxis</p> <p style="margin-left: 40px;">oder</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">_____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">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: 20px;"><input type="checkbox"/> Bei der „Zentralisierten Heimdialyse“ wird jeder Patient einmal pro Woche vom Dialysearzt persönlich beraten und beurteilt.</p>

<input type="checkbox"/>	<p>Heimdialyse</p> <p><input type="checkbox"/> durch die Praxis</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p><input type="checkbox"/> durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p>
4.3	<input type="checkbox"/> Dialyse von Erwachsenen Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze _____, davon Plätze für infektiöse Patienten _____ <input type="checkbox"/> Kooperation mit Transplantationszentrum besteht <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p>
4.4	<input type="checkbox"/> Dialyse von Kindern (ggf. zusätzlich zu den Angaben unter 3.2 und 3.3) Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze _____ davon Plätze für infektiöse Patienten _____ <input type="checkbox"/> Kooperation mit Transplantationszentrum für Kinder besteht <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p> <p><input type="checkbox"/> Das Vorhandensein einer pädiatrischen Fachkraft wird bestätigt</p> <p><input type="checkbox"/> Das Vorhandensein einer psychosozialen Fachkraft wird bestätigt</p>
4.5	<p>Ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst</p> <p>Die geforderte ärztliche Präsenz (bei Zentrumsdialyse) sowie Rufbereitschaft (bei Zentralisierter Heimdialyse) wird – auch im Urlaubs- und Krankheitsfall – gewährleistet durch:</p> <p><input type="checkbox"/> die nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren qualifizierten Ärzte der Praxis</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p><input type="checkbox"/> durch kooperative Tätigkeit mit folgender benachbarter Dialysepraxis / Dialyseeinrichtung / folgendem zur Durchführung ambulanter Dialysen ermächtigten Krankenhausarzt:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p> <p><input type="checkbox"/> ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst wird selbst vorgehalten</p> <p style="text-align: center;">oder</p> <p><input type="checkbox"/> der 24-stündige pflegerische Bereitschaftsdienst ist durch Kooperation mit folgender benachbarter Dialysepraxis / Dialyseeinrichtung / folgendem zur Durchführung ambulanter Dialysen ermächtigten Krankenhausarzt gewährleistet:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Name und Adresse</p>


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 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 Antragsteller / Vertragsarzt 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:


Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt 

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt 

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätigen 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"/>

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.