

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Sicherstellung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Antrag

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

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber)	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____,	Vorname _____
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
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 _____

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages für die in § 3 Abs. 3 Buchstabe a) definierten Patientengruppen nach Anlage 9.1 BMV-Ä (nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten durch Vertragsärzte) in einer Zweigpraxis bzw. einer ausgelagerten Praxisstätte.

Die Antragstellung erfolgt für folgenden zusätzlichen Standort

- Zweigpraxis
 Ausgelagerte Praxisstätte

BSNR: | | | | | | | | | |

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 Dialysepraxis

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	<input type="checkbox"/>	Gesamtzahl der in der Zweigpraxis/ausgelagerten Praxisstätte vorgehaltenen/vorgesehenen Dialyseplätze _____, davon Plätze für infektiöse Patienten _____
4.2	Angebote Dialyseverfahren in der Zweigpraxis / ausgelagerten Praxisstätte	
	<input type="checkbox"/>	Extrakorporale Blutreinigungsverfahren
	<input type="checkbox"/>	Peritonealdialyse
4.3	Angebote Dialyseformen in der Zweigpraxis / ausgelagerten Praxisstätte	
	<input type="checkbox"/>	Zentrumsdialyse
	<input type="checkbox"/>	Zentralisierte Heimdialyse „Limited Care“
	<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.
	<input type="checkbox"/>	Bei der „ Zentralisierten Heimdialyse “ wird jeder Patient einmal pro Woche vom Dialysearzt persönlich beraten und beurteilt.
	<input type="checkbox"/>	Heimdialyse
4.4	<input type="checkbox"/>	Dialyse von Erwachsenen
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kooperation mit Transplantationszentrum besteht

Name und Adresse		
4.5	<input type="checkbox"/>	Dialyse von Kindern
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kooperation mit Transplantationszentrum für Kinder besteht

Name und Adresse		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Das Vorhandensein einer pädiatrischen Fachkraft wird bestätigt.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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:	
	<input type="checkbox"/>	die nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren qualifizierten Ärzte der Praxis
	oder	
	<input type="checkbox"/>	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.


Mit einer Überprüfung der organisatorischen und apparativen Voraussetzungen durch die Vorstandskommission für Blutreinigungsverfahren nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung bin ich einverstanden.


Ich (Antragsteller und die ggf. beim Antragsteller tätigen Ärzte) 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 des Antragstellers/ersten Arztes 

Unterschrift des zweiten Arztes 

Unterschrift des dritten Arztes 

Unterschrift des vierten Arztes 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegen 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	<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 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.