



per Post zurück an:

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Referat Dialyse 1.3.0  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund

## A n t r a g

### auf Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten in einer ausgelagerten Praxisstätte / Zweigpraxis <sup>1</sup>

Anl. 9.1 BMV-Ä / Vereinbarung Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V

#### 1. Daten des Antragstellers (Dialysepraxis)

##### 1.1 Dialysepraxis

	Antragsteller:	
	BSNR:	

##### 1.2 Praxisanschrift

	Straße/Nr.:	
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	
	Fax:	
	E-Mail:	

<sup>1</sup> Bitte fügen Sie diesem Formular eine schriftliche Begründung Ihres Antrages bei.



## 2. Antragsbegehren

### 2.1 Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages Dialyse in einer

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Zweigpraxis  |
| <input type="checkbox"/> | Ausgelagerten Praxisstätte   |
| <input type="checkbox"/> | Die o.g. Genehmigung wird im Zusammenwirken mit einem nichtärztlichen Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 127 SGB V begehrt. <sup>2</sup> |

#### 2.1.1 Adresse der Nebenbetriebsstätte

	Straße/Nr.:	
	PLZ/Ort:	
	Telefon:	
	Fax:	
	E-Mail:	

### 2.2 Begründung

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Die räumlichen Gegebenheiten in der Praxis reichen zur Durchführung der Hämodialyse für die zum Zeitpunkt der Antragstellung zu versorgenden Patienten nicht aus.                                      |
| <input type="checkbox"/> | Die wohnortnahe Versorgung der zum Zeitpunkt der Antragstellung mit Verfahren der Hämodialyse behandelten Patienten wird durch die projektierte Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisstätte verbessert. |

### 2.3 Beginn der beantragten Genehmigung<sup>3</sup>

	Datum:	
--	--------	--

<sup>2</sup> Sofern die Genehmigung in Kooperation mit einem nichtärztlichen Vertragspartner begehrt wird, bitten wir Sie die organisatorischen und räumlich-apparativen Voraussetzungen durch Verwendung der Formulare „Nachweis Voraussetzungen nach § 15 Abs. 1 Anlage 9.1 BMV-Ä“ (I und II) nachzuweisen.

<sup>3</sup> Beachten Sie bitte, dass eine rückwirkende Genehmigung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht erteilt werden kann.



### 3. Daten Leistungserbringer / ausführende/r Arzt / Ärzte

Name:	
LANR:	
Name:	
LANR:	
Name:	
LANR:	
Name:	
LANR:	
Name:	
LANR:	
Name:	
LANR:	

### 4. Dialyseverfahren und –formen in der Nebenbetriebsstätte

<input type="checkbox"/>	Hämodialyse als Zentrumsdialyse (ZD)
<input type="checkbox"/>	Hämodialyse als zentralisierte Heimdialyse (ZHD)
<input type="checkbox"/>	Hämofiltration
<input type="checkbox"/>	Hämodiafiltration
<input type="checkbox"/>	Peritonealdialyse

### 5. Organisatorische Voraussetzungen

#### 5.1 Ärztliche Präsenz

<input type="checkbox"/>	Es wird <b>versichert</b> , dass die ärztliche Präsenz und Rufbereitschaft - abhängig vom jeweiligen Dialyseverfahren - auch im Urlaubs- und Krankheitsfall gewährleistet ist.
--------------------------	--

#### 5.2 Rufbereitschaft

<input type="checkbox"/>	Es wird <b>versichert</b> , dass bei der Durchführung von Dialysen als 'Zentralisierte Heimdialyse', bei Komplikationen und Zwischenfällen der Dialysearzt innerhalb von 30 Minuten und bei lebensbedrohenden Komplikationen und Zwischenfällen ggf. auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar zur Verfügung steht.
--------------------------	--



	Es wird <b>versichert</b> , dass zur Sicherstellung jederzeit ambulante Notfalldialysen durchgeführt werden können indem ein eigener 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung ambulanter Notfalldialysen zur Verfügung steht.
<b>oder</b>	
	Es bestehen bindende Absprachen mit einer benachbarten Dialysepraxis zur Übernahme von Notfällen: Nachweis über einen 24-stündigen pflegerischen Bereitschaftsdienst mit einer benachbarten Dialysepraxis/-einrichtung ist in der Anlage beizufügen (bitte verwenden Sie den dem Antrag beiliegenden Vordruck).

### 5.3 Anzahl der Behandlungsplätze

Anzahl der voraussichtlich zu behandelnden Patienten:	
Genaue Anzahl der Behandlungsplätze:	

### 5.4 Dokumentation der Dialyseverfahren

<input type="checkbox"/>	Mir ist bekannt, dass auf Aufforderung der KVWL anonymisierte Dokumentationen bzgl. der Zentrums- bzw. Zentralisierten Heimdialyse nach § 5 Abs. 6, 7 a) und 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung vorzulegen sind.
--------------------------	---



## 6. Dialysezeiten/-schichten

### 6.1 Dialyseschichten an der Hauptbetriebsstätte

	Derzeitige Dialysezeiten am <u>Vertragsarztsitz</u> durch alle Ärzte		Anteil der Dialysezeiten des ausführenden Arztes	
	Vormittag	Nachmittag	Vormittag	Nachmittag
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				

### 6.2 Dialyseschichten an der Nebenbetriebsstätte

	Derzeitige Dialysezeiten in der <u>Nebenbetriebsstätte</u> durch alle Ärzte		Anteil der Dialysezeiten des ausführenden Arztes	
	Vormittag	Nachmittag	Vormittag	Nachmittag
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				



## 7. Apparative Voraussetzungen

### 7.1 Apparative Ausstattung

	Es wird versichert, dass in der Nebenbetriebsstätte folgende Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt sind:
<input type="checkbox"/>	Der technische Datenbogen zum Nachweis der apparativen Ausstattung für die Hämodialysegeräte ist als Anlage beigefügt (bitte verwenden Sie den dem Antrag beiliegenden Vordruck).
<input type="checkbox"/>	Das benötigte Reinwasser wird mindestens mit der Umkehrosmose aufbereitet

### 7.2 Mindestausstattung für Notfälle

	Zur Behandlung von Notfällen werden als Mindestausstattung folgende Geräte/Einrichtungen vorgehalten:
<input type="checkbox"/>	Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
<input type="checkbox"/>	Absaugvorrichtung
<input type="checkbox"/>	Sauerstoffversorgung
<input type="checkbox"/>	Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
<input type="checkbox"/>	Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für Hämoglobin- oder Hämotokritbestimmung



## 8. Erklärungen des Antragsstellers

### Einverständniserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Dialysekommission der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe die Erfüllung der organisatorischen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Praxisinhaber,  
erm. Arzt, Geschäftsführer MVZ)

Hinweis: Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung nicht erteilt werden; vgl. § 7 Abs. 3 Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V

<input type="checkbox"/>	Die Entscheidung, ob und in welcher Form ein extrakorporales Blutreinigungsverfahren oder ein peritoneales Verfahren zur Anwendung kommt, richtet sich nach der Indikation im Einzelfall, der Bereitschaft und ggf. der Schulung des Patienten in dem jeweiligen Dialyseverfahren. In den Patientenunterlagen ist zu dokumentieren, welche Gründe zur Entscheidung für das durchzuführende Dialyseverfahren geführt haben. Diese Entscheidung ist in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und die Beurteilung zu dokumentieren.
<input type="checkbox"/>	Bei der Durchführung der Dialysebehandlung werden alle Bestimmungen der Anlage 9.1 BMV-Ä sowie die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V beachtet.
<input type="checkbox"/>	Jede personelle, organisatorische und apparative Veränderung wird der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe unverzüglich mitgeteilt.
<input type="checkbox"/>	Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe zulässig ist. Eine rückwirkende Genehmigung kann grundsätzlich nicht erteilt werden (die Genehmigung kann frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden).



## 9. Unterschriften

Ort, Datum	Name Praxisinhaber, erm. Arzt, Geschäftsführer MVZ	Unterschrift
Praxisstempel:		
Ort, Datum	Name ausführende(r) Arzt / Ärzte	Unterschrift





<b>Anlage/n:</b>	
<input type="checkbox"/>	Kopie des Genehmigungsbescheides zur Übernahme der Versorgungsaufträge an der Hauptbetriebsstätte
<input type="checkbox"/>	Kopie der Urkunde Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ (sofern nicht bereits beim Arztregister vorliegend)
<input type="checkbox"/>	Zeugnisse und Bescheinigungen bei Fachärzten für Kinderheilkunde ohne Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“ (sofern nicht bereits beim Arztregister vorliegend)
<input type="checkbox"/>	Nachweis über einen 24-stündigen pflegerischen Bereitschaftsdienst mit einer benachbarten Dialysepraxis/-einrichtung
<input type="checkbox"/>	Technischer Datenbogen zum Nachweis der apparativen Ausstattung für die Hämodialysegeräte
<input type="checkbox"/>	Vertrag über das Zusammenwirken bei der Durchführung eines Dialyseversorgungsauftrages nach §§ 13, 15 Anlage 9.1 BMV-Ä
<input type="checkbox"/>	Bestätigung der Voraussetzungen nach § 15 Abs. 1 Anlage 9.1 BMV-Ä bei Zusammenwirken von Vertragsärzten mit einem Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 i.V.m. § 127 SGB V (Formular I)
<input type="checkbox"/>	Bestätigung der Voraussetzungen nach § 15 Abs. 1 Anlage 9.1 BMV-Ä bei Zusammenwirken von Vertragsärzten mit einem Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 i.V.m. § 127 SGB V (Formular II)