



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 Übernahme eines Versorgungsauftrages zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens¹

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

1. Daten des Antragstellers (Dialysepraxis – aktueller Standort)

1.1 Dialysepraxis

Antragsteller:	
BSNR:	

1.2 Praxisanschrift

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

¹ Bitte fügen Sie diesem Formular eine schriftliche Begründung Ihres Antrages bei.



2. Bitte wählen Sie aus

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Übernahme einer Einzelpraxis (weiter ab Punkt 3.) |
| <input type="checkbox"/> | Bisherige Sonderbedarfszulassung in 2er-Gemeinschaftspraxis bzw. Sonderbedarfsanstellung in Einzelpraxis.
Ich bewerbe mich nun auf die Vollzulassung meines bisherigen Praxispartners bzw. Arbeitgebers.
Die bisherige Zulassung/Anstellung wegen Sonderbedarfs soll durch einen neuen Praxispartner bzw. -angestellten nachbesetzt werden (weiter ab Punkt 3.). |
| <input type="checkbox"/> | Die ehemalige Gemeinschaftspraxis soll als Einzelpraxis mit einem angestellten Arzt weitergeführt werden (weiter ab Punkt 4.1). |
| <input type="checkbox"/> | Übernahme eines Vertragsarztsitzes (Vollzulassung oder Sonderbedarfszulassung) in Berufsausübungsgemeinschaft (weiter ab Punkt 4.1). |

3. Antragsbegehren

3.1 Übertragung der Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens gem. § 103 Abs. 4 SGB V

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| | Praxisabgeber: | |
| | Zeitpunkt der Praxisnachfolge: | |
| | Beginn der beantragten Genehmigung ² : | |
| <input type="checkbox"/> | Die Genehmigung wird im Zusammenwirken mit einem nichtärztlichen Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 127 SGB V begehrt. ³ | |

3.2 Der abgebenden Dialysepraxis im Sinne des § 4 Abs. 1 a) wurde die Genehmigung zur Übernahme mind. eines Versorgungsauftrages i.S.d. § 3 Abs. 3 lit. a) Anlage 9.1 BMV-Ä erteilt:

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | § 3 Abs. 3 lit. a) Anlage 9.1 BMV-Ä |
| <input type="checkbox"/> | § 3 Abs. 3 lit. d) Anlage 9.1 BMV-Ä |
| <input type="checkbox"/> | § 3 Abs. 3 lit. e) Anlage 9.1 BMV-Ä |

² Beachten Sie bitte, dass eine rückwirkende Genehmigung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht erteilt werden kann.

³ 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.



3.3 Begehrt wird auch die Übertragung der Genehmigung zur Durchführung von Dialyseversorgungsaufträgen in einer Zweigpraxis / ausgelagerten Praxisstätte:

NBSNR:	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	

NBSNR:	
Straße/Nr.:	
PLZ/Ort:	

4. Daten des ausführenden Arztes

4.1 Daten des ersten Arztes

Name:	
LANR (sofern vorhanden):	

<input type="checkbox"/>	Facharzt für Innere Medizin
<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ <u>Hinweis:</u> Kopie der Urkunde über die Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ ist dem Antrag beizufügen, sofern diese nicht bereits beim Arztregister vorliegt
<input type="checkbox"/>	Nachweis der Fachkunde durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium ⁴
	Datum Kolloquium:
<input type="checkbox"/>	Facharzt für Kinderheilkunde mit Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“ <u>Hinweis:</u> Kopie der Urkunde über die Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“ ist dem Antrag beizufügen, sofern diese nicht bereits beim Arztregister vorliegt
<input type="checkbox"/>	Facharzt für Kinderheilkunde bei Erfüllung der in § 4 Abs. 2 QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren definierten Anforderungen

4.2 Wurde bereits eine Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages Dialyse durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja (Bescheid in Kopie beifügen)
--------------------------	------	--------------------------	---------------------------------

⁴ Beachten Sie, dass dies erst ab dem dritten Arzt möglich ist, § 5 Abs. 7c) S. 5 Nr. 2 QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren.



4.3 ggf. Daten des zweiten Arztes

Name:	
LANR (sofern vorhanden):	

<input type="checkbox"/>	Facharzt für Innere Medizin
<input type="checkbox"/>	Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ <u>Hinweis:</u> Kopie der Urkunde über die Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ ist dem Antrag beizufügen, sofern diese nicht bereits beim Arztregister vorliegt
<input type="checkbox"/>	Nachweis der Fachkunde durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium ⁴
	Datum Kolloquium:
<input type="checkbox"/>	Facharzt für Kinderheilkunde mit Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“ <u>Hinweis:</u> Kopie der Urkunde über die Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“ ist dem Antrag beizufügen, sofern diese nicht bereits beim Arztregister vorliegt
<input type="checkbox"/>	Facharzt für Kinderheilkunde bei Erfüllung der in § 4 Abs. 2 QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren definierten Anforderungen

4.4 Wurde bereits eine Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages Dialyse durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja (Bescheid in Kopie beifügen)
--------------------------	------	--------------------------	---------------------------------

5. Organisatorische Voraussetzungen

5.1 Dialyseverfahren und –formen

Der Arzt oder die Einrichtung hat zu gewährleisten, dass für die Versorgung der Versicherten alle Dialyseverfahren und -formen (extrakorporale Blutreinigungsverfahren als Zentrumsdialyse, Heimdialyse oder Zentralisierte Heimdialyse) angeboten werden.
--

5.1.1 Dialyseverfahren

In der Praxis/Einrichtung werden folgende Dialyseverfahren angeboten:	
<input type="checkbox"/>	Extrakorporale Blutreinigungsverfahren
<input type="checkbox"/>	Peritonealdialysen



5.1.2 Dialyseformen

	In der Praxis/Einrichtung werden folgende Dialyseformen angeboten:
<input type="checkbox"/>	Zentrumsdialyse
<input type="checkbox"/>	Zentralisierte Heimdialyse
<input type="checkbox"/>	Heimdialyse

5.1.3 Kooperationen

	Für den Fall, dass nicht alle Verfahren und Formen selbst durchgeführt werden können, sind diese Verfahren durch Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder anderen benachbarten Dialyseeinrichtungen sicherzustellen.
<input type="checkbox"/>	Nachweis der Kooperation ist als Anlage beigefügt (bitte verwenden Sie die Anlage „Kooperation Dialyseverfahren- und -formen“).

5.1.4 Sofern auch die Übertragung der Genehmigung zur Durchführung von Versorgungsaufträgen in einer ausgelagerten Praxisstätte/Zweigpraxis beantragt wird, bitte auch hier die Dialyseverfahren und –formen angeben:

<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

5.2 Kooperation mit einem Transplantationszentrum

<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Kooperation mit einem Transplantationszentrum ist als Anlage beigefügt (bitte verwenden Sie die Anlage „Kooperation Transplantationszentrum“).
--------------------------	--

5.3 Bei der Dialyse von Kindern

	Gewährleistung der pädiatrischen Betreuung durch folgende Fachkraft (Name):
	Gewährleistung der psychosozialen Betreuung durch folgende Fachkraft (Name):
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Kooperation mit einem Transplantationszentrum für Kinder ist als Anlage beigefügt (bitte verwenden Sie die Anlage „Kooperation Transplantationszentrum“).



5.4 Ärztliche Präsenz

Es wird **versichert**, dass die ärztliche Präsenz und Rufbereitschaft - abhängig vom jeweiligen Dialyseverfahren - auch im Urlaubs- und Krankheitsfall gewährleistet ist.

<input type="checkbox"/>	In der Hauptbetriebsstätte (BSNR):	
<input type="checkbox"/>	In der Nebenbetriebsstätte (NBSNR):	
<input type="checkbox"/>	In der Nebenbetriebsstätte (NBSNR):	

5.5 Rufbereitschaft

Es wird **versichert**, 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.

<input type="checkbox"/>	In der Hauptbetriebsstätte (BSNR):	
<input type="checkbox"/>	In der Nebenbetriebsstätte (NBSNR):	
<input type="checkbox"/>	In der Nebenbetriebsstätte (NBSNR):	

Es wird **versichert**, dass zur Sicherstellung jederzeit ambulante Notfalldialysen durchgeführt werden können indem ein eigener 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung ambulanter Notfalldialysen zur Verfügung steht.

<input type="checkbox"/>	In der Hauptbetriebsstätte (BSNR):	
<input type="checkbox"/>	In der Nebenbetriebsstätte (NBSNR):	
<input type="checkbox"/>	In der Nebenbetriebsstätte (NBSNR):	

oder

Es bestehen bindende Absprachen mit einer benachbarten Dialysepraxis zur Übernahme von Notfällen: Nachweis ist in der Anlage beizufügen (bitte verwenden Sie die Anlage „pflegerischer Bereitschaftsdienst“).

5.6 Anzahl der Behandlungsplätze

Für die Hämodialyse bei Erwachsenen an der Hauptbetriebsstätte sind mind. zehn Behandlungsplätze vorhanden.

Betriebsstätte:	BSNR / NBSNR:	Anzahl Behandlungsplätze:
Hauptbetriebsstätte		
Nebenbetriebsstätte		
Nebenbetriebsstätte		



<input type="checkbox"/>	Wenn weniger als zehn Behandlungsplätze angeboten werden, ist eine schriftliche Begründung als Anlage beizufügen, aus der sich ein Sicherstellungsbedarf ergibt.
--------------------------	--

5.7 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 einer 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 Dialysepraxis folgende Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt sind:
<input type="checkbox"/>	Der technische Datenbogen zum Nachweis der apparativen Ausstattung für die Hämodialysegeräte in Haupt- und ggf.- Nebenbetriebsstätte ist als Anlage beigefügt (bitte verwenden Sie die Anlage „Technischer Datenbogen“)
	Das benötigte Reinwasser wird mindestens mit der Umkehrosmose aufbereitet
<input type="checkbox"/>	In der Hauptbetriebsstätte (BSNR):
<input type="checkbox"/>	In der Nebenbetriebsstätte (NBSNR):
<input type="checkbox"/>	In der Nebenbetriebsstätte (NBSNR):

7.2 Mindestausstattung für Notfälle

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



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



Anlage/n:	
<input type="checkbox"/>	Kopie des Genehmigungsbescheides, welcher durch eine andere Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde
<input type="checkbox"/>	Kopie der Urkunde Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ (sofern nicht bereits beim Arztregister vorliegend)
<input type="checkbox"/>	Kopie des Nachweises der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium
<input type="checkbox"/>	Zeugnisse und Bescheinigungen bei Fachärzten für Kinderheilkunde ohne Zusatzweiterbildung „Kinder-Nephrologie“
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Kooperation zur Durchführung der Dialyseverfahren und -formen
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Kooperation mit einem Transplantationszentrum oder
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die Kooperation mit einem Transplantationszentrum für Kinder
<input type="checkbox"/>	Nachweis über einen Sicherstellungsbedarf bei weniger als zehn Behandlungsplätzen
<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)