



Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse

WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)

(Titel/Vorname/Name)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses)

(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

(Facharzt für)

(Praxisübernahme von)

(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt

(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer)

(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes ist)

LANR: _____
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

Angestellt im **MVZ**

angestellt seit/ab:

Die Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht

1. Betriebsstätte _____
(Adresse)
BSNR (Betriebsstättennummer): _____

2. Betriebsstätte _____
(Adresse)
BSNR (Betriebsstättennummer): _____

A. Versorgungsauftrag

gem. § 3 Abs. 3 der Anlage 9.1. zu den Bundesmantelverträgen

Ich beantrage die Übernahme eines Versorgungsauftrages gemäß

§ 3 Abs. 3 a

§ 3 Abs. 3 d (ermächtigte Einrichtungen)

der Anlage 9.1. zu den Bundesmantelverträgen

B. Fachliche Befähigung

gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Dialyse

Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ seit:

Die Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ habe ich als **Anlage** beigefügt.

Die Urkunde liegt der KVHB bereits vor.

C. Organisation

gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Dialyse

1. Durchführung der Dialyse

1.1. Folgende Dialyseverfahren führe ich selbst durch:

Extrakorporale Blutreinigungsverfahren

Peritonealdialysen

1.2. Folgende Dialyseverfahren stelle ich durch Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder benachbarten Dialyseeinrichtungen sicher:

Extrakorporale Blutreinigungsverfahren

Peritonealdialysen

Die Kooperation wird mit nachfolgend genannter Dialysepraxis/-einrichtung durchgeführt:

Name: _____

Anschrift: _____

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

1.3. Folgende Dialyseformen führe ich selbst durch:

Zentrumsdialyse
Zentralisierte Heimdialyse
Heimdialyse

1.4. Folgende Dialyseformen stelle ich durch Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder benachbarten Dialyseeinrichtungen sicher:

Zentrumsdialyse
Zentralisierte Heimdialyse
Heimdialyse

Die Kooperation wird mit nachfolgend genannter Dialysepraxis/-einrichtung durchgeführt:

Name: _____

Anschrift: _____

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

2. Ich kooperiere mit folgendem Transplantationszentrum:

Name: _____

Anschrift: _____

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

3. Die ärztliche Präsenz und Rufbereitschaft werden abhängig vom jeweiligen Dialyseverfahren auch im Urlaubs- und Krankheitsfall gewährleistet.

ja nein

Ein eigener 24ständiger pflegerischer Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung ambulanter Notfalldialysen steht zur Verfügung.

Ein eigener 24ständiger pflegerischer Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung ambulanter Notfalldialysen steht nicht zur Verfügung. Es bestehen jedoch bindende Absprachen mit folgenden anderen benachbarten Dialysepraxen/-einrichtungen:

Name: _____

Anschrift: _____

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

4. Bei der Durchführung von Dialysen als „Zentrale Heimdialyse“ ist gewährleistet, dass ich als Dialysearzt bei Komplikationen und Zwischenfällen innerhalb von 30 Minuten und bei lebensbedrohenden Komplikationen und Zwischenfällen ggf. auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar zur Verfügung steht.

ja nein

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

5. In den Patientenunterlagen wird dokumentiert, welche Gründe zur Entscheidung über das durchzuführende Dialyseverfahren (extrakorporales Blutreinigungsverfahren oder peritoneales Blutreinigungsverfahren) geführt haben. Die Entscheidung wird in regelmäßigen Abständen geprüft und die Beurteilung dokumentiert.

ja nein

6. Zentrumsdialyse

6.1. In den Patientenunterlagen wird in regelmäßigen Abständen dokumentiert, weshalb die Zentrumsdialyse geboten ist und die „Heimdialyse“ oder die „Zentralisierte Heimdialyse“ nicht durchgeführt werden kann.

ja nein

6.2. Behandlungsplätze für Hämodialyse bei Erwachsenen

In der Dialysepraxis bzw. –einrichtung sind für die Hämodialyse von Erwachsenen mindestens 10, nämlich Behandlungsplätze, vorhanden.

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

In der Dialysepraxis bzw. –einrichtung sind für die Hämodialyse von Erwachsenen lediglich Behandlungsplätze vorhanden.

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

6.3. In der Dialysepraxis/-einrichtung werden mehr als 30 Patienten pro Jahr kontinuierlich in der Dialyse als „Zentrumsdialyse“ oder „Zentralisierte Heimdialyse“ behandelt.

ja
weiter mit 6.3.1. oder 6.3.2.

nein
weiter mit 7.

6.3.1. In der Dialysepraxis/-einrichtung werden

mehr als 30, aber weniger als 101 Patienten pro Jahr, nämlich Patienten in der Dialyse als „Zentrumsdialyse“ bzw. „Zentralisierte Heimdialyse“ behandelt.

Als gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung qualifizierter weiterer Arzt wird benannt:

6.3.2. In der Dialysepraxis/-einrichtung werden

mehr als 100 Patienten pro Jahr, nämlich Patienten, in der Dialyse als „Zentrumsdialyse“ bzw. „Zentralisierte Heimdialyse“ behandelt:

Als gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung qualifizierte weitere Ärzte werden benannt (je 50 Patienten ein weiterer Arzt, d. h. bis 150 Patienten 3 Ärzte, bis 200 Patienten 4 Ärzte usw.):

6.3.3. Ich verpflichte mich – sofern ein Arzt nach den Nrn. 7.3.1. bzw. 7.3.2. aus der Dialysepraxis/-einrichtung ausscheidet – diesen umgehend durch einen entsprechenden Arzt zu ersetzen und dies der KV Niedersachsen innerhalb von 6 Monaten nach dem Ausscheiden nachzuweisen

ja nein

Gleichzeitig verpflichte ich mich, die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Dialyseleistungen der Anzahl der verbliebenen Ärzte nach den Nrn. 7.3.1. bzw. 7.3.2. anzupassen, sofern der vorbezeichnete Nachweis nicht erbracht wird/werden kann.

ja nein

7. Durchführung von Dialyse als „Zentralisierte Heimdialyse“

In der „Zentralisierten Heimdialyse“ als Hämodialyse und/oder Peritonealdialyse werden nur Patienten behandelt, die auf Grund ihres Krankheitsbildes der „Zentrumsdialyse“ nicht bedürfen, aber aus personalen, sozialen oder organisatorischen Gründen nicht in der Lage sind, die „Heimdialyse“ durchzuführen.

In der Dialysepraxis/-einrichtung wird sichergestellt, dass neben den pflegerischen Leistungen auch die notwendige ärztliche Betreuung erfolgt.

Von mir wird eine Visite in der Einrichtung zur „Zentralisierten Heimdialyse“ dergestalt durchgeführt, dass ich

- jeden Patienten
- mindestens einmal pro Woche
- persönlich berate und beurteile.

Im Rahmen der Visite vergewissere ich mich, dass

- die medizinische Indikation „Zentralisierte Heimdialyse“ bei allen Patienten weiterhin gegeben ist **und**
- diese durch den jeweiligen Patienten weiterhin nicht gewährleistet werden kann.

In den Patientenunterlagen wird dokumentiert, weshalb

- die „Heimdialyse“ nicht durchgeführt werden kann **und**
- die „Zentrumsdialyse“ nicht geboten ist.

D. Apparative Ausstattung

gem. § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Dialyse

1. Die von mir verwendeten Hämodialysegeräte erfüllen folgende Mindestvoraussetzungen:

Die Geräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet **und** ermöglichen eine Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren **sowie** den Einsatz von sowohl Acetat- als auch Bikarbonatdialysat.

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

2. Das für die Herstellung von Dialysat benötigte Reinwasser wird mit folgendem Verfahren (mindestens einer Umkehrosmose) aufbereitet:

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

3. Zur Behandlung von Notfällen wird in der Dialysepraxis/-einrichtung vorgehalten:

Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)

Absaugvorrichtung

Sauerstoffversorgung

Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop

Analysemöglichkeiten für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für die Hämoglobin- oder Hämotokritbestimmung

Der erforderliche schriftliche Nachweis ist als **Anlage** beigefügt.

E. Erklärungen

gem. § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Dialyse

- Anlage 9.1. zu den Bundesmantelverträgen sowie die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und insbesondere die sich für mich aus diesen Vorschriften ergebenden Verpflichtungen habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass die KV Bremen gemäß § 5 Abs. 5, 6, 7a und 8a der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren berechtigt ist, entsprechende Nachweise anzufordern. Ich werde diese auf Aufforderung unverzüglich vorlegen

- Ich bin damit einverstanden, dass die Dialyse-Kommission der KV Bremen eine Begehung der Dialysepraxis/-einrichtung zum Zwecke der Überprüfung der organisatorischen und apparativen Gegebenheiten vornimmt.

Hinweis: Ohne dieses Einverständnis kann die Genehmigung nicht erteilt werden; vgl. § 7 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren.

- Ich versichere die Richtigkeit der in diesem Antrag und den dazugehörigen Anlagen gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen, schriftlich mitteilen.
- Die diesem Antrag beigefügten Anlagen werden hiermit zum Bestandteil des Antrages erklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ bzw.
anstellender Arzt der Praxis

Ort, Datum

Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes