

# **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten**

(Anlage 9.1 BMV-Ä)

vom 22. März 2002 in der Fassung vom 4. Dezember 2013<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Inkrafttreten: 01.01.2014

### Inhalt:

Abschnitt 1 – Versorgungsinhalt und Patientengruppen.....	3
§ 1 Versorgungsinhalt .....	3
§ 2 Patientengruppen.....	3
Abschnitt 2 – Besonderer Versorgungsauftrag .....	4
§ 3 Versorgungsauftrag und Zusammenwirken .....	4
Abschnitt 3 – Genehmigungspflicht zur Durchführung der Versorgungsaufträge .....	6
§ 4 Genehmigung für Vertragsärzte .....	6
§ 5 Genehmigung für ärztlich geleitete Einrichtungen und angestellte Krankenhausärzte .....	6
§ 6 Anforderungen an eine wirtschaftliche Versorgungsstruktur .....	7
§ 7 Genehmigung von Versorgungsaufträgen aufgrund der Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung.....	8
§ 8 Übergangsregelungen für die Genehmigung von Versorgungsaufträgen bei Vertragsärzten .....	8
§ 9 Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen .....	9
§ 10 Übergangsregelungen für ermächtigte Einrichtungen .....	9
§ 11 Ermächtigung von angestellten Krankenhausärzten .....	10
§ 12 Übergangsregelungen für angestellte Krankenhausärzte .....	10
Abschnitt 4 – Zusammenwirken mit Leistungserbringern .....	11
§ 13 Allgemeines .....	11
§ 14 Vertragsarzt und ermächtigte Einrichtung .....	11
§ 15 Vertragsarzt und nichtärztlicher Vertragspartner.....	12
Abschnitt 5 – Inkrafttreten, Kündigung.....	13
§ 16 Inkrafttreten .....	13
§ 17 Kündigung.....	13
Anhang 9.1.1: (Muster-)Ermächtigungsbescheid nach § 9 Abs. 2, Abschnitt 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag .....	14
Anhang 9.1.2: (Muster-)Vertrag über das Zusammenwirken bei der Durchführung eines Versorgungsauftrages nach § 13 Abs. 1, Abschnitt 4, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag .....	16
Anhang 9.1.3: Leistungen zur Erfüllung genehmigungspflichtiger Versorgungsaufträge nach § 9 Abs. 5, Abschnitt 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag 20	
Anhang 9.1.4: Anforderungen an eine nephrologische Schwerpunktabteilung nach § 11 Abs. 3, Abschnitt 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag .....	22
Anhang 9.1.5: Anforderungen an die Genehmigung einer Zweigpraxis oder ausgelagerten Praxisstätte nach § 4 Abs. 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag .....	23
Anhang 9.1.6: Konsiliarische Kooperation nach § 3 Abs. 1, erster Spiegelstrich der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag .....	25

## Abschnitt 1 – Versorgungsinhalt und Patientengruppen

### § 1 Versorgungsinhalt

Zur Sicherung der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung erfolgt die nach diesem Vertrag definierte nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten gemäß § 2 Abs. 7 des Bundesmantelvertrag-Ärzte. Die Durchführung der Versorgungsaufträge richtet sich nach

- den im folgenden aufgeführten Bestimmungen,
- den Regelungen der Sonderbedarfsplanung gemäß den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses
- der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (im folgenden 'Qualitätssicherungsvereinbarung' genannt)
- der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses
- der Regelung der KBV zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V.

### § 2 Patientengruppen

- (1) Dieser Vertrag umfasst die ärztliche Behandlung und Betreuung folgender Patientengruppen, welche der ärztlichen Behandlung mit Blutreinigungsverfahren bedürfen:
  1. akut, akut rezidivierend oder terminal niereninsuffiziente Patienten (Glomeruläre Filtrationsrate < 15ml/min/1,73 qm), die mit Blutreinigungsverfahren behandelt werden (dialysepflichtige Patienten)
  2. Patienten in Krankheitsstadien, welche einer sofortigen Nierenersatztherapie bedürfen (z.B. Intoxikationen, kardiale Dekompensation)
- (2) Zusätzlich zu Abs. 1 umfasst der Vertrag auch die ärztlichen Maßnahmen zur Vorbeugung einer terminalen Niereninsuffizienz, Vorbereitung auf die Dialyseversorgung sowie der Transplantationsvorbereitung und –nachsorge für folgende Patientengruppen:
  1. Patienten mit nephritischem und/oder nephrotischem Syndrom, angeborener und/oder chronisch progredienter Nierenerkrankung
  2. Chronisch niereninsuffiziente Patienten (Glomeruläre Filtrationsrate < 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche)
  3. Patienten mit präterminaler chronischer Niereninsuffizienz (Glomeruläre Filtrationsrate < 20 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche)
  4. Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz, die zur Aufnahme in ein Transplantationsprogramm vorgesehen sind
  5. Patienten in der Transplantationsnachsorge
- (3) Für die nephrologische Versorgung von Kindern umfasst der Vertrag deren Behandlung und Betreuung bei den in der Zusatz-Weiterbildung Kinder-Nephrologie der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer festgelegten Krankheitsbilder sowie die Durchführung der aufgeführten diagnostischen und therapeutischen Verfahren.

### Abschnitt 2 – Besonderer Versorgungsauftrag

#### § 3 Versorgungsauftrag und Zusammenwirken

- (1) Für die nephrologische Betreuung der in § 2 jeweils definierten Patientengruppen wird gemäß dem Stadium der Erkrankung nachfolgender Versorgungsauftrag festgelegt. Der Versorgungsauftrag umfasst eine alle Krankheitsstadien übergreifende und umfassende ärztliche Behandlung und Betreuung sowie eine den medizinischen Erfordernissen und den Möglichkeiten des Patienten angepaßte Versorgungsorganisation und -steuerung. Hierzu gehört:
  - Zeitgerechte Einleitung der konsiliarischen Kooperation gemäß den Vorgaben in Anhang 9.1.6 durch den behandelnden Arzt bei der in § 2 Abs. 2 Nr. 1 bis 2 definierten Patientengruppe mit einem Arzt, der über einen Versorgungsauftrag gem. Abs. 3 Buchst. a) verfügt oder über einen Versorgungsauftrag nach Buchst. b), soweit dieser Arzt mit einer Ermächtigung entsprechend § 14 dieser Vereinbarung zusammenwirkt.
  - Zeitgerechte Indikationsstellung zur Dialyse
  - Auswahl und Durchführung des für den Patienten individuell geeigneten und wirtschaftlichen Dialyseverfahrens (Peritonealdialyse, Hämodialyse einschl. Hämofiltration und Hämodiafiltration) und der individuell geeigneten Dialyseform (Zentrumsdialyse, Heimdialyse, Zentralisierte Heimdialyse)
  - Durchführung der jeweils indizierten Dialysebehandlung über die medizinisch notwendige Dauer und Frequenz einschließlich umfassender Information und Aufklärung des Patienten über Krankheit, Verlauf und Prognose
  - Gewährleistung der Dialyseversorgung auch bei Komplikationen
  - Bei Durchführung der Hämodialyse als "Zentrumsdialyse" die persönliche Anwesenheit in der Praxis oder Einrichtung sowie bei der Durchführung der Hämodialyse als "Zentralisierte Heimdialyse" die unmittelbare Erreichbarkeit des fachlich qualifizierten Arztes gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung
  - Zeitgerechte Meldung und Vorbereitung von geeigneten Patienten für eine Nierentransplantation
  - Die Einleitung und Koordination anderer medizinisch notwendiger Maßnahmen ggf. im Zusammenwirken mit Ärzten verschiedener Fachgebiete.
  - Dokumentation der nephrologischen Betreuung
- (2) Versorgungsaufträge zur nephrologischen Versorgung von Patienten, bei denen eine Dialyse notwendig werden kann oder bereits durchgeführt werden muss oder die nach einer Nierentransplantation einer entsprechenden ärztlichen Behandlung und Betreuung bedürfen, dürfen nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie ausgeführt werden, soweit in dieser Anlage oder in der Qualitätssicherungsvereinbarung nichts anderes bestimmt ist.
- (3) Ein besonderer Versorgungsauftrag kann jeweils übernommen werden für:
  - a) alle in § 2 definierten Patientengruppen (Abs. 1 und 2)

## **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Anlage 9.1 BMV-Ä)**

---

- b) alle in § 2 definierten Patientengruppen ohne Dialyseversorgung (Abs. 2)
- c) die in § 2 definierte Patientengruppe zur Vorbeugung einer chronischen Niereninsuffizienz (Abs. 2 Nr. 1)
- d) die in § 2 definierten Patientengruppen zur Dialysevorbereitung, Dialyseversorgung, Transplantationsvorbereitung und -nachsorge (Absatz 1 und Absatz 2 Nr. 3 bis 5)
- e) die in § 2 Abs. 3 definierte Patientengruppe der Kinder

Die Versorgungsaufträge nach den Buchstaben a), d) und e) sind genehmigungspflichtig. Der Versorgungsauftrag nach Buchstabe c) kann auch von zugelassenen Vertragsärzten übernommen werden, welche nicht berechtigt sind, die Schwerpunktbezeichnung Nephrologie zu führen. Der Versorgungsauftrag wird für den Ort der Zulassung oder der Ermächtigung erteilt.

- (4) Die Anforderungen nach Abs. 1 sind im jeweiligen Versorgungsauftrag entsprechend dem jeweiligen Stadium der Erkrankung vollständig zu erfüllen. Der Inhalt der genehmigungspflichtigen Versorgungsaufträge folgt den in Anhang 9.1.3 festgelegten Leistungen. Vertragsärzte, ermächtigte Einrichtungen und ermächtigte angestellte Krankenhausärzte sind verpflichtet, die Leistungen, welche dem jeweiligen Versorgungsauftrag zugeordnet sind, vorzuhalten und bei entsprechender Indikationsstellung selbst durchzuführen.
- (5) Versorgungsaufträge zur nephrologischen Versorgung chronisch niereninsuffizienter dialysepflichtiger Patienten können nach Abschnitt 4 auch im Zusammenwirken zwischen Vertragsarzt und ermächtigter Einrichtung sowie Vertragsarzt und nach § 126 Abs. 3 SGB V i. V. mit § 127 SGB V durchgeführt werden.
- (6) Zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen bei ihren Versicherten wird den Krankenkassen vor erstmaliger Einleitung und bei Wechsel eines Blutreinigungsverfahrens verpflichtend sowie in geeigneten Fällen auf Anforderung hin eine Dokumentation zur Indikation des Dialyseverfahrens (Peritonealdialyse, Hämodialyse, IPD) und der Dialyseform (Zentrumsdialyse, Heimdialyse, Zentralisierte Heimdialyse [LC]) zur Verfügung gestellt. Bei Notfalldialysen sind diese Informationen zeitnah nachzureichen.

### Abschnitt 3 – Genehmigungspflicht zur Durchführung der Versorgungsaufträge

#### § 4 Genehmigung für Vertragsärzte

- (1) Die Übernahme des Versorgungsauftrags nach § 3 Abs. 3 Buchst. a) durch zugelassene Vertragsärzte bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist im Einvernehmen mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene zu erteilen, wenn
1. hinsichtlich der Fachkunde die Voraussetzungen des § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllt sind (arztbezogene Voraussetzungen);
  2. die weiteren Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllt sind (betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen) und
  3. eine kontinuierliche wirtschaftliche Versorgungsstruktur für die Dialysepraxis gewährleistet ist (betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen).

Für die Genehmigung von Versorgungsaufträgen aus Gründen der Qualitätssicherungsvereinbarung gilt § 7.

- (1a) Die Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages wird der Dialysepraxis (im Sinne des § 1a Nr. 18 BMV-Ä) erteilt. Dabei ist zu bestimmen, durch welche Ärzte und an welchen Betriebsstätten bzw. Nebenbetriebsstätten der Versorgungsauftrag ausgeführt werden darf. Bei einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft bedarf auch jede Nebenbetriebsstätte gemäß § 1a Satz 1 Nr. 22 BMV-Ä unbeschadet der Regelungen zu den Zweigpraxen (Absatz 3) der Genehmigung nach Absatz 1.
- (1b) Wenn bei gemeinschaftlicher Berufsausübung ein Arzt aus der Dialysepraxis ausscheidet, verbleibt der Versorgungsauftrag bei der Dialysepraxis.
- (2) In Fällen einer Praxisnachfolge gemäß § 103 Abs. 4 SGB V ist die Genehmigung des Versorgungsauftrages auf den Praxisnachfolger übertragbar, wenn in seiner Person die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 gegeben sind. Soweit eine Dialysepraxis eine Genehmigung oder Ermächtigung für eine Zweigpraxis nach dieser Vereinbarung bestanden hat, wird diese auf Antrag in den Fällen nach Satz 1 ebenfalls übertragen.
- (3) Die Durchführung von Versorgungsaufträgen mit Dialyse in einer Zweigpraxis oder ausgelagerten Praxisstätten bedarf nach den Vorschriften des § 15a BMV-Ä der Genehmigung oder Ermächtigung. Die Genehmigung oder Ermächtigung wird erteilt, wenn die in Anhang 9.1.5 festgelegten Voraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Für die Erteilung des Versorgungsauftrages für die nephrologische Versorgung von Kindern nach § 3 Abs. 3 Buchstabe e) sind die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Satz 2, Nr. 1 und 2 zu erfüllen und nachzuweisen. § 6 findet keine Anwendung.

#### § 5 Genehmigung für ärztlich geleitete Einrichtungen und angestellte Krankenhausärzte

Ärztlich geleitete Einrichtungen (im folgenden ebenfalls 'Dialysepraxis' genannt) werden auf Antrag zur Übernahme von Versorgungsaufträgen nach § 3 Abs. 3 Buchst. a) im Verfahren nach §§ 9 und 10 ermächtigt, wenn die in diesen Vorschriften geregelten Voraussetzungen erfüllt sind und die Kassenärztliche Vereinigung im

Einvernehmen mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene im Ermächtigungsverfahren die Erteilung einer Genehmigung schriftlich zusichert. Für angestellte Krankenhausärzte gilt Satz 1 entsprechend zur Übernahme Versorgungsaufträgen nach § 3 Abs. 3 Buchstabe d) im Verfahren nach den §§ 11 und 12. Die Zusicherung erfolgt, wenn die zusätzlichen Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 bis 3 erfüllt sind. § 4 Abs. 3 gilt entsprechend.

### **§ 6 Anforderungen an eine wirtschaftliche Versorgungsstruktur**

- (1) Die Feststellung, ob eine wirtschaftliche Versorgungsstruktur nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 kontinuierlich gewährleistet ist, wird am Auslastungsgrad der im Umkreis der beabsichtigten Niederlassung bestehenden Dialysepraxen (Versorgungsregion) gemessen. Der Auslastungsgrad wird durch eine Arzt-Patienten-Relation bestimmt. Eine Auslastung der Dialysepraxen in der Versorgungsregion ist anzunehmen, wenn kontinuierlich mindestens 90 v. H. der nach der Qualitätssicherungsvereinbarung festgelegten Patientenzahl von den dazu erforderlichen Ärzten versorgt wird. Die Forderung nach wirtschaftlicher Versorgungsstruktur der projektierten Dialysepraxen gilt als dauerhaft erfüllt, wenn sich die Versorgungsregionen der bestehenden und der projektierten Praxis nicht schneiden. Das gleiche gilt, wenn sich die Versorgungsregionen zwar schneiden, jedoch die bereits bestehenden Dialysepraxen in diesem Umfang ausgelastet sind.

Die Versorgungsregionen sind auf der Grundlage der Planungsbereiche nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) zu bilden. Versorgungsregion im Planungsbereich der Raumordnungskategorien 1, 5 und Ruhrgebiet ist eine Region mit einem Radius von 10 km, die der Raumordnungskategorien 2, 3 und 6 eine Region mit einem Radius von 20 km, die der Raumordnungskategorien 4, 7, 8 und 9 eine Region mit einem Radius von 30 km um die projektierte Dialysepraxis.

- (2) Nach Maßgabe der Feststellungen nach Absatz 1 ist eine wirtschaftliche Versorgungsstruktur auch dann nicht gewährleistet, wenn
- a) in einer bestehenden Dialysepraxis ein zusätzlicher Arzt entsprechend § 5 Abs. 7 Buchst. c) der Qualitätssicherungsvereinbarung ("Arzt-Patienten-Schlüssel") tätig werden muss und seitens dieser Praxis ein entsprechender Antrag auf Genehmigung zur Übernahme eines weiteren Versorgungsauftrags gestellt ist oder
  - b) eine Dialysepraxis ausgelastet ist und der Arzt auf Anfrage der Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich seine Bereitschaft angekündigt hat, für den Fall des Erfordernisses der Tätigkeit eines zusätzlichen Arztes in der Dialysepraxis entsprechend § 5 Abs. 7 Buchst. c) der Qualitätssicherungsvereinbarung sich mit einem weiteren Arzt zur gemeinsamen Berufsausübung zusammenzuschließen.
- (3) Die Genehmigung nach § 4 ist unbeschadet der Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 und 2 zu erteilen, wenn Gründe der Sicherstellung eine zusätzliche Dialysepraxis erfordern. Dies ist der Fall, wenn die wohnortnahe Versorgung unter Berücksichtigung der einzelnen Dialyseformen und -verfahren gewährleistet werden muss.

- (4) Bei der Beurteilung der Versorgungssituation im Verfahren nach den Absätzen 1 bis 3 sind sowohl die benachbarten Planungsbereiche um die projektierte Dialysepraxis als auch bestehende Zweigpraxen oder ausgelagerten Praxisstätten in benachbarten Versorgungsregionen zu berücksichtigen.

### **§ 7 Genehmigung von Versorgungsaufträgen aufgrund der Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung**

- (1) Ist gemäß § 5 Abs. 7 Buchst. c) Satz 3 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß dem festgelegten "Arzt-Patienten-Schlüssel" ein zweiter Arzt erforderlich, wird die Genehmigung oder, sofern eine Zulassung noch nicht erfolgt ist, eine schriftliche Zusicherung der Genehmigung erteilt, wenn die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 und 2 erfüllt sind.
- (2) Werden gemäß § 5 Abs. 7 Buchst. c) Satz 3 Nr. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechend dem dort niedergelegten "Arzt-Patienten-Schlüssel" über einen schon tätigen zweiten Arzt hinaus Genehmigungen für Versorgungsaufträge für weitere Ärzte von einer Dialysepraxis beantragt, ist für die Genehmigung die Erfüllung aller Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 bis 3 erforderlich, soweit nicht die Qualitätssicherungsvereinbarung hinsichtlich der Voraussetzung nach Nr. 1 (Qualifikation) eine besondere Regelung vorsieht.
- (3) aufgehoben

### **§ 8 Übergangsregelungen für die Genehmigung von Versorgungsaufträgen bei Vertragsärzten**

- (1) Vertragsärzte, auch solche, die nicht zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie berechtigt sind, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse aufgrund der Qualitätssicherungsvereinbarung, die bis zum Inkrafttreten dieses Vertrages gegolten hat, verfügen und bis zu diesem Zeitpunkt Leistungen der Dialyse in eigener Dialysepraxis regelmäßig in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht haben, erhalten auf Antrag eine Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages. Der Antrag auf Genehmigung ist innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieses Vertrages an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu richten.
- (2) Soweit mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung zusätzliche Ärzte nach § 5 Abs. 7 Buchst. c) der Qualitätssicherungsvereinbarung ("Arzt-Patienten-Schlüssel") tätig werden müssen, wird diesen Ärzten auf Antrag eine Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 erteilt. Voraussetzung ist, dass sie die fachlichen Anforderungen nach § 4 (Fachliche Befähigung) oder § 10 (Übergangsregelungen) der Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllen. Soweit Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Innere Medizin, welche nicht berechtigt sind, die Schwerpunktbezeichnung Nephrologie zu führen, tätig werden wollen, wird diesen auf Antrag eine Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages unter der Auflage erteilt, dass der Versorgungsauftrag in gemeinschaftlicher Berufsausübung mit einem Vertragsarzt, welcher berechtigt ist, die Schwerpunktbezeichnung Nephrologie zu führen, erfüllt wird.



### § 9 Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen

- (1) Einrichtungen unter der Leitung eines Arztes nach § 3 Abs. 2 werden auf Antrag zur Durchführung von Versorgungsaufträgen für die in § 3 Abs. 3 Buchst. a) definierten Patienten ohne Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfs ermächtigt, wenn die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 2 und 3 erfüllt sind. Dies gilt auch für notwendig werdende Zweigpraxen oder ausgelagerten Praxisstätten. Die Erfüllung der Voraussetzung nach § 4 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 stellt die zuständige Kassenärztliche Vereinigung im Verfahren nach § 6 sowie die nach § 4 Abs. 3 im Verfahren nach Anhang 9.1.5 fest. Sie teilt das Ergebnis dem Zulassungsausschuss mit.
- (2) Der Ermächtigungsbescheid ist nach dem vereinbarten Muster (Anhang 9.1.1) auszustellen.
- (3) Für die Erteilung des Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung von Kindern nach § 3 Abs. 3 Buchstabe e) sind die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 zu erfüllen und nachzuweisen. § 6 findet keine Anwendung.
- (4) aufgehoben
- (5) Die Ermächtigung umfasst alle Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die zur vollständigen Erfüllung des jeweiligen Versorgungsauftrages erforderlich sind. Der Umfang der Ermächtigung zur Erfüllung des Versorgungsauftrages ist in Anhang 9.1.3 festgelegt.
- (6) Die Ermächtigung wird für die Dauer von 10 Jahren erteilt. Nach Ablauf dieser Frist wird auf Antrag der Einrichtung die Ermächtigung um jeweils 10 Jahre in Anwendung der oben genannten Bestimmungen verlängert.

### § 10 Übergangsregelungen für ermächtigte Einrichtungen

- (1) Bei ärztlich geleiteten Einrichtungen, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages zur Erbringung von Dialyseleistungen ermächtigt waren, wird auf Antrag, der innerhalb von 3 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu richten ist, die Ermächtigung in eine Ermächtigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages für die in § 3 Abs. 3 Buchstabe d) definierten Patientengruppen für die Dauer von 10 Jahren umgewandelt. § 8 Abs. 2 sowie § 9 Abs. 2 bis 6 gelten entsprechend.
  - (1a) Einrichtungen, welche im Verfahren nach Absatz 1 innerhalb der nach Inkrafttreten des Vertrages vorgesehenen Frist eine umgewandelte Ermächtigung erhalten haben, sind in deren Umfang über die in Absatz 1 Satz 1 genannte Dauer der Ermächtigung hinaus für weitere 20 Jahre ermächtigt, wenn sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine entsprechende Mitteilung über diesen Status machen. Nach Ablauf dieser Frist wird auf Antrag der Einrichtung die Ermächtigung in Anwendung der Bestimmungen des § 9 verlängert.
  - (1b) Nach dieser Vereinbarung ermächtigte Einrichtungen erhalten auf Antrag eine Ermächtigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages für die in § 3 Abs. 3 Buchstabe a) definierten Patientengruppen. Der Antrag ist bis zum 31. März 2014 zu stellen.
- (2) Zugelassene nichtärztliche Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 i.V. mit §127 SGB V, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages mit Vertragsärzten zusammenwirken, welche über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse auf Grund der Qualitätssicherungsverein-

barung, die bis zum Inkrafttreten dieses Vertrages gegolten hat, verfügen, gelten auf ihre Erklärung hin, die innerhalb von 3 Monaten nach Inkrafttreten dieses Vertrages an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abzugeben ist, als ermächtigt, wenn sie bei Antragstellung die Voraussetzungen einer ärztlich geleiteten Einrichtung erfüllen. Der Antrag muss die Zustimmung des Vertragsarztes nach Satz 1 enthalten. Absatz 1 gilt entsprechend.

### **§ 11 Ermächtigung von angestellten Krankenhausärzten**

- (1) Angestellte Krankenhausärzte können auf ihren Antrag zur Durchführung des Versorgungsauftrags für die in § 3 Abs. 3 Buchst. d) definierten Patientengruppen durch den Zulassungsausschuss ermächtigt werden. § 9 gilt entsprechend. Die Ermächtigung wird auf die Dauer von drei Jahren erteilt. Nach Ablauf dieser Frist wird auf Antrag des Arztes die Ermächtigung verlängert, wenn dafür ein Versorgungsbedarfs besteht.
- (2) Für die Erteilung des Versorgungsauftrages für die nephrologische Versorgung von Kindern nach § 3 Abs. 3 Buchstabe e) sind die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 zu erfüllen und nachzuweisen. § 6 findet keine Anwendung.
- (3) Unbeschadet der Möglichkeit zur Ermächtigung nach Absatz 1 können angestellte Krankenhausärzte als Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung auf ihren Antrag hin zur Mitbehandlung der in § 2 definierten Patientengruppen in begrenztem Umfang ermächtigt werden, wenn nachgewiesen ist, dass sie die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung und die Anforderungen an eine nephrologische Schwerpunktabteilung gemäß Anlage 9.1.4 erfüllen. Die Ermächtigung umfasst die Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die im Rahmen der Mitbehandlung notwendig sind.

### **§ 12 Übergangsregelungen für angestellte Krankenhausärzte**

- (1) Angestellte Krankenhausärzte, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages zur Erbringung von Dialyseleistungen ohne Beschränkung auf eine bestimmte Dialyseart bzw. -form ermächtigt waren, erhalten auf Antrag, der innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu stellen ist, eine Ermächtigung für die Dauer von zwei Jahren durch den Zulassungsausschuss ohne Bedarfsprüfung. Es gelten § 8 Abs. 2 sowie für den Versorgungsauftrag und den Umfang der Ermächtigung § 11 entsprechend.
- (2) Angestellte Krankenhausärzte, welche zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages zur Erbringung von Dialyseleistungen mit Beschränkung auf eine bestimmte Dialyseart bzw. -form ermächtigt waren, erhalten auf Antrag, der innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu stellen ist, eine Ermächtigung für die Dauer von zwei Jahren durch den Zulassungsausschuss ohne Bedarfsprüfung gemäß dem bisherigen Ermächtigungsumfang.

### Abschnitt 4 – Zusammenwirken mit Leistungserbringern

#### § 13 Allgemeines

- (1) Ein Versorgungsauftrag zur nephrologischen Betreuung von chronisch niereninsuffizienten Patienten kann nach § 3 Abs. 5 auch im Zusammenwirken zwischen einem Vertragsarzt mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie und einer ermächtigten Einrichtung oder Vertragspartner gemäß § 126 Abs. 3 i. V. mit §127 SGB V genannten Vertragspartner erfüllt werden. Die Leistungserbringung im Zusammenwirken kann erst aufgenommen werden, wenn folgende Anforderungen erfüllt werden:
  1. Über die Art des Zusammenwirkens gemäß §§ 14 und 15 ist ein Vertrag zu schließen zwischen Vertragsarzt und ermächtigter Einrichtung nach vereinbartem Muster (s. Anhang 9.1.2). Die Verträge sind der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen.
  2. Der Arzt hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich mitzuteilen, dass er die in § 14 bzw. § 15 festgelegten Voraussetzungen erfüllt.
  3. Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft die Richtigkeit der ärztlichen Angaben und teilt das Ergebnis dem Arzt mit.
- (2) Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Vertrages bestehende Kooperationsverträge nach § 5 a bzw. § 8 a der Bundesmantelverträge in der Fassung, die bis zum Inkrafttreten dieses Vertrages gegolten hat, behalten ihre Gültigkeit, wenn die Vertragspartner keinen Vertrag nach Abs. 1 neu abschließen wollen und diese Verträge die Voraussetzungen gemäß § 14 bzw. § 15 erfüllen.

#### § 14 Vertragsarzt und ermächtigte Einrichtung

- (1) Das Zusammenwirken zwischen Vertragsarzt und ermächtigter Einrichtung ist nach folgenden Kriterien zulässig:
  - a) Der Vertragsarzt ist in der Einrichtung tätig und führt Leistungen nach § 9 Abs. 5 zur ärztlichen Betreuung von Patienten der Einrichtung persönlich durch. In diesem Fall hat die Einrichtung den jeweiligen Versorgungsauftrag vollständig zu erfüllen und die Leistungen abzurechnen. Die Tätigkeit des Vertragsarztes wird im Innenverhältnis mit der Einrichtung entgolten.
  - b) Der Vertragsarzt ist ärztlicher Leiter der Einrichtung und übernimmt ggf. zusätzlich zu den Aufgaben nach Buchstabe a) ärztliche Leitungsfunktionen. Diese Aufgaben sind Bestandteil der Leistungserbringung und werden mit der Vergütung der Tätigkeit nach Buchstabe a) entgolten.
- (2) Für das Zusammenwirken nach Abs. 1 bestehen zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Ärzte folgende Auflagen:
  - a) Der Vertragsarztsitz des Vertragsarztes muss sich in unmittelbarer räumlicher Nähe zur ermächtigten Einrichtung, d. h. im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex, befinden.
  - b) Die Kooperation des Vertragsarztes mit mehreren Einrichtungen ist nicht zulässig.

### § 15 Vertragsarzt und nichtärztlicher Vertragspartner

- (1) Für Ärzte, die mit einem Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 SGB V mit § 127 SGB V zusammenwirken wollen, bestehen folgende Auflagen:
  - a) Der Vertragsarzt bestätigt, dass die nichtärztlichen Leistungen der Dialyse ausschließlich nach seiner Indikationsstellung in Abhängigkeit von den medizinischen Bedürfnissen des Patienten und nach den Prinzipien einer wirtschaftlichen, die Vorschriften der Qualitätssicherung beachtenden Leistungserbringung ausgewählt und erbracht werden.
  - b) Der Vertragsarzt muss die ärztliche Dialysebehandlung in Abhängigkeit vom Dialyseverfahren persönlich erbringen. Bei Dialyseverfahren, welche die persönliche Anwesenheit während der Dialyse in der Regel nicht erfordern, ist jederzeit durch ihn die unverzügliche ärztliche Betreuung der Versicherten zu gewährleisten.
  - c) Stellt der zugelassene Leistungserbringer dem Vertragsarzt die Räumlichkeiten für die Durchführung der Hämodialyse als "Zentrumsdialyse" zur Verfügung, müssen sich diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Ärzte in unmittelbarer räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz, d.h. im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex, befinden.
  - d) Für den Nachweis, dass die Qualitätssicherungsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. § 139 Abs. 1 SGB V erfüllt sind, gilt folgende Verfahrensweise:

Der Vertragsarzt hat die Erfüllung der Anforderungen – soweit von ihm zu verantworten – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Einrichtung hat die Erfüllung der Anforderungen zur Organisation – soweit von ihr zu verantworten – und zur apparativen Ausstattung gegenüber den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene nachzuweisen, welche den Versorgungsvertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V abgeschlossen haben. Die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene teilen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mit, dass die Einrichtung die Qualitätssicherungsvoraussetzungen erfüllt.
- (2) Die Höhe der Kosten für nichtärztliche Leistungen der Dialyse durch Vertragspartner, die nach § 126 Abs. 3 i. V. mit § 127 SGB V durch alle zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene genannt sind, wird zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und dem Vertragspartner vereinbart.
- (3) Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen bei der Erbringung der Dialyse erfolgt durch den Vertragsarzt über die Kassenärztliche Vereinigung. Die Abrechnung der nichtärztlichen Dialyseleistungen erfolgt durch einen Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 i. V. mit § 127 SGB V über die Kassenärztliche Vereinigung, sofern die Partner der Gesamtverträge nichts anderes vereinbart haben. Für die Durchführung und Prüfung der gesamten Abrechnung dieser Einrichtungen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Verwaltungskosten in Höhe von 0,2 % des Rechnungsbetrages einbehalten, sofern die Partner der Gesamtverträge hierzu keine andere Regelung treffen.

**Abschnitt 5 – Inkrafttreten, Kündigung**

**§ 16 Inkrafttreten**

Diese Anlage tritt am 1. Juli 2002 in Kraft.

**§ 17 Kündigung**

Diese Anlage kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.

Anhang 9.1.1: (Muster-)Ermächtigungsbescheid nach § 9 Abs. 2, Abschnitt 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag

**ZULASSUNGS AUSSCHUß ÄRZTE**

Der Zulassungsausschuss für Ärzte-**=|Zulassungsbezirk|** hat in seiner Sitzung am **=|Datum|**, an der teilgenommen haben

als Vertreter der Ärzte

1. **=|Name|**, **=|Ort|**

2. **=|Name|**, **=|Ort|**

3. **=|Name|**, **=|Ort|**

Vorsitz: **=|Name|**

folgenden

als Vertreter der Krankenkassen

1. **=|Name|**, **=|Ort|**

2. **=|Name|**, **=|Ort|**

3. **=|Name|**, **=|Ort|**

Schriftführer: **=|Name|**

**BESCHLUß**

gefasst:

1. Die ärztlich geleitete Einrichtung: **=|PLZ, Ort, Straße, |** (im folgenden Einrichtung genannt) wird unter der ärztlichen Leitung von **=|Leiter|**, **=|Fachgebiet und Schwerpunktbezeichnung|** gemäß § 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in Verbindung mit Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt.
2. Die Ermächtigung ist folgt zu erteilen:
  - 2.1 Der Versorgungsauftrag umfasst die Behandlung und Betreuung der in § 2 Abs. 1 Nrn. 1 und Abs. 2 der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag definierten Patientengruppen.  
Der Versorgungsauftrag ist nach Maßgabe des § 3 Abs. 4 der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag vollständig zu erfüllen.
  - 2.2 Der Ermächtigungsumfang umfasst die in Anhang 9.1.3 zur Anlage 9.1 Bundesmantelverträge aufgeführten Leistungen zur Erfüllung genehmigungspflichtiger Versorgungsaufträge.
  - 2.3 Gemäß § 9 oder 10<sup>\*)</sup> wird die Ermächtigung für die Dauer von 10 Jahren erteilt. Sie beginnt am **=| Datum |** und endet am **=| Datum |**.
  - 2.4 Im Rahmen dieser Ermächtigung können nach Maßgabe von § 5 Abs. 7 Buchstabe c) der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nach § 135 Abs. 2 SGB V **=| Anzahl |** Patienten als "Zentrumsdialyse" und "Zentralisierte Heimdialyse" betreut werden.
3. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), unter Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung **=| Name |**.
4. Die Ermächtigung endet

<sup>\*)</sup> Nicht zutreffendes streichen.

## **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Anlage 9.1 BMV-Ä)**

---

- am in Nr. 2.3 bezeichneten Tag oder
  - mit dem Wirksamwerden eines Verzichtes oder dem Wechsel des in Nr. 1 festgelegten Ortes .
5. Die Ermächtigung ist zu widerrufen, wenn
- ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen,
  - die Einrichtung ihren Versorgungsauftrag nicht aufnimmt oder nicht mehr durchführt,
  - die Einrichtung ihre Pflichten aus der Ermächtigung gröblich verletzt,
  - durch einen in der Einrichtung liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht erreicht wird.

### **Rechtsbehelfsbelehrung:**

Gegen diesen Bescheid können die am Verfahren beteiligte ärztlich geleitete Einrichtung, die Kassenärztliche Vereinigung **=| Name |=**, die Landesverbände der Krankenkassen, sowie die Verbände der Ersatzkassen binnen eines Monats nach Zustellung des Beschlusses Widerspruch beim Berufungsausschuß für Ärzte **„|=| Anschrift |=**, einlegen. Der Widerspruch ist in der genannten Frist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses einzureichen. Er muss den Bescheid bezeichnen, gegen den er sich richtet.

**Vorsitzender**

**Beisitzer    Beisitzer**

**Anhang 9.1.2: (Muster-)Vertrag über das Zusammenwirken bei der Durchführung eines Versorgungsauftrages nach § 13 Abs. 1, Abschnitt 4, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag**

Dieser Vertrag regelt das Zusammenwirken zwischen einem Vertragsarzt und einer ärztlich geleiteten Einrichtung zur Durchführung eines Versorgungsauftrages zur nephrologischen Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten.

Zwischen

---

(vollständige Anschrift)

als ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung - im folgenden 'Einrichtung' genannt - und

---

(vollständige Anschrift)

im folgenden 'Vertragsarzt' genannt, wird folgender

Vertrag

geschlossen:



### § 1

#### Allgemeines

- (1) Die Einrichtung ist mit der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 9 oder § 10<sup>\*)</sup> der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag berechtigt, einen Versorgungsauftrag für die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten zu übernehmen.
- (2) Der Vertragsarzt erfüllt die Leistungsvoraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und führt im Rahmen seines Versorgungsauftrages nach § 3 Abs. 3 Buchstabe a) der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag keine Dialysen in eigener Praxis durch. Sein Praxissitz befindet sich im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex wie die Einrichtung.
- (3) Zur Erfüllung des jeweiligen Versorgungsauftrages nach Abs. 1 und Abs. 2 wirken Einrichtung und Vertragsarzt gemäß §§ 13 u. 14 der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag bei der Durchführung der Dialyse zusammen.
- (4) Vertragsarzt und Einrichtung stellen sicher, dass durch die enge räumliche Verbindung von Praxis und Einrichtung sowie durch entsprechend organisierte Tätigkeitszeiten die Präsenzpflcht des Vertragsarztes für die ambulante vertragsärztliche Versorgung gemäß § 20 Zulassungsverordnung für Ärzte erfüllt wird.

### § 2

#### Rechtsverhältnis

- (1) Der Vertragsarzt ist ärztlicher Mitarbeiter der Einrichtung mit/ohne<sup>\*)</sup> Leitungsfunktion.
- (2) In seiner ärztlichen Tätigkeit ist der Vertragsarzt im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften unabhängig und nur den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst unterworfen.
- (3) Die Tätigkeit des Vertragsarztes als Mitarbeiter der Einrichtung erfolgt freiberuflich. Weder durch diesen Vertrag noch durch die tatsächliche Tätigkeit des Vertragsarztes wird ein Arbeits- oder arbeitnehmerähnliches Verhältnis begründet.

### § 3

#### Rechte und Pflichten

- (1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, den Versorgungsauftrag bei den Patienten, die ihn als Vertragsarzt in Anspruch nehmen, vollständig zu erfüllen. Dabei werden die notwendigen Dialyseleistungen in der Einrichtung erbracht. Die Dialyseleistungen werden von der Einrichtung über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. Die übrigen Leistungen des Versorgungsauftrages werden vom Vertragsarzt abgerechnet.
- (2) Die Einrichtung ist verpflichtet, den Versorgungsauftrag bei den Patienten, welche die Einrichtung als ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung in Anspruch

---

<sup>\*)</sup> Nichtzutreffendes streichen.

nehmen, vollständig zu erfüllen. Dabei kann sie mit dem Vertragsarzt zusammenwirken. In diesem Falle werden alle Leistungen von der Einrichtung über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet.

- (3) Für seine Tätigkeit als freiberuflicher Mitarbeiter der Einrichtung erhält der Vertragsarzt eine Vergütung, über die eine gesonderte Vereinbarung getroffen wird.
- (4) Für seine Tätigkeit als freiberuflicher Mitarbeiter der Einrichtung hat er in allen medizinischen Angelegenheiten das Weisungsrecht gegenüber dem nichtärztlichen Personal der Einrichtung. Zu verwaltungsgemäßen, versicherungsrechtlichen und finanziellen Angelegenheiten liegt das Weisungsrecht bei der Einrichtung.
- (5) Nimmt der Vertragsarzt Leitungsfunktion in der Einrichtung wahr, richtet sich diese ausschließlich auf die ärztliche Leitung. In dieser Funktion entscheidet er insbesondere über Art und Umfang der zur Anwendung kommenden medizinischen Geräte, Dialysehilfestoffe und Medikamente. Dabei sind die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung zu beachten.
- (6) Die Einrichtung kann im Rahmen ihres Organisationsrechtes Satzungen, Geschäfts- oder Hausordnungen erlassen. Diese dürfen aber weder die vertraglichen Rechte des freiberuflichen ärztlichen Mitarbeiters der Einrichtung einschränken, noch dessen vertragliche Verpflichtungen erweitern. Sie dürfen ihn insbesondere nicht behindern, seinen Pflichten nach § 1 Abs. 4 nachzukommen.

### **§ 4**

#### **Stellvertretung**

Die Vertretung des Vertragsarztes als freiberuflicher Mitarbeiter der Einrichtung im Falle dessen Verhinderung, z. B. durch Urlaub oder Krankheit, ist im Einvernehmen mit der Einrichtung zu regeln. Die Bestimmungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte sind zu beachten.

### **§ 5**

#### **Versicherungsschutz**

Die Einrichtung versichert den Vertragsarzt als freiberuflichen Mitarbeiter der Einrichtung gegen Haftpflichtansprüche aus seiner ärztlichen Tätigkeit im Rahmen dieses Vertrages. Eine Bestätigung über den Versicherungsschutz und die Höhe der Versicherungssumme wird dem Vertragsarzt ausgehändigt.

### **§ 6**

#### **Dauer und Kündigung**

- (1) Der Vertrag tritt mit Unterzeichnung in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

- (2) Die Kündigung bedarf der Schriftform. \*)

**§ 7**

**Schlussbestimmungen**

- (1) Änderungen oder Ergänzungen des Vertrages bedürfen der Schriftform.
- (2) Die Nichtigkeit einzelner Bestimmungen hat nur dann die Nichtigkeit des gesamten Vertrages zur Folge, wenn dadurch die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses für einen der Partner unzumutbar wird. Nichtige Bestimmungen sind unter der Wahrung des Grundsatzes der Vertragstreue neu zu regeln.
- (3) Wird die Durchführung des gesamten Vertrages oder einer seiner Bestimmungen in Folge wesentlicher Änderungen der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse unmöglich, so sind die Parteien verpflichtet, unter Wahrung der Sicherstellung der Patientenversorgung und der gemeinnützigen Aufgabenerfüllung durch die Einrichtung entsprechende Neuregelungen zu treffen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Vertragsarzt)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Einrichtung)

\_\_\_\_\_  
\*) Die Kündigungsfrist ist von den Vertragspartnern festzulegen.

### Anhang 9.1.3: Leistungen zur Erfüllung genehmigungspflichtiger Versorgungsaufträge nach § 9 Abs. 5, Abschnitt 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag

(1) Nach Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag besteht eine Genehmigungspflicht für die nephrologische Behandlung und Betreuung der in § 3 Abs. 3 Buchstabe a, d und e) definierten Patientengruppen. Die Genehmigung zur Übernahme des jeweiligen Versorgungsauftrages umfasst folgende Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), welche von den Vertragsärzten, ermächtigten Einrichtungen und angestellten Krankenhausärzten, die eine entsprechende Genehmigung erhalten haben, vorzuhalten sind:

1. Für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie, gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V:

01100, 01101, 01102, 01220, 01221, 01222, 01321, 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415, 01430, 01435, 01436, 01440, 01600, 01601, 01602, 01610, 01611, 01620, 01621, 01622, 01623, 01821, 02100, 02110, 02111, 02310, 02311, 02312, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 13210, 13211, 13212, 13250, 13251, 13254, 13256, 13439, 13590, 13591, 13592, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 30600, 33012, 33040, 33042 und/oder 33043, 33061, 33072, 33073, 33075, 33091, 33092 sowie entsprechende Leistungen der Kapitel 32 und 40.

2. Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie, gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V:

01100, 01101, 01102, 01220, 01221, 01222, 01321, 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01430, 01435, 01436, 01440, 01600, 01601, 01602, 01610, 01611, 01620, 01621, 01622, 01623, 01821, 02100, 02110, 02111, 02310, 02311, 02312, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 04000, 04010, 04030, 04220, 04221, 04230, 04321, 04324, 04355, 04370, 04371, 04372, 04373, 04527, 04560, 04561, 04562, 04564, 04565, 04566, 32247, 33012, 33040, 33042 und/oder 33043, 33061, 33072, 33073, 33075, 33091, 33092 sowie entsprechende Leistungen der Kapitel 32 und 40.

(2) Entgegen der Regelung in Absatz 1 sind die nachfolgenden Leistungen dann nicht vorzuhalten, wenn sie auch im Rahmen einer Überweisung durchgeführt werden können: 01611, 02310, 02311, 33012, 33040, 33061, 33072, 33073, 33075, 33091 sowie entsprechende Leistungen des Kapitels 32 (ohne 32039, 32081 und 32247).

(3) Bei der Abrechnung der genannten Leistungen sind die Regelungen des EBM grundsätzlich in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Entgegen der Präambel 4.1 Nrn. 5 und 7 des EBM können von den ermächtigten Ärzten und Einrichtungen die Gebührenordnungspositionen 01440, 02100, 02110, 02111, 02310, 02311, 02312, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 33072, 33073, 33075 separat in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01321 berechnet werden. Die Allgemeine Bestimmung 2.3 Satz 2 bleibt davon unberührt. Ärztlich geleitete ermächtigte Einrichtungen, die über einen Versorgungsauftrag nach § 3 Abs. 3a) verfügen, erhalten auf Antrag eine Ermächtigung für die Abrechnung der Nrn. 13590 bis 13592 bzw. 04000 und 04010.

- (4) Die Genehmigung zur Übernahme des jeweiligen Versorgungsauftrages umfasst für die unter Absatz 1 Nr. 1 und 2 aufgeführten Fachärzte zusätzlich die ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V gemäß der Vergütungsvereinbarung, die der Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 mit Wirkung zum 1. April 2012 bis zum 31. März 2014 beschlossen hat. Die Abrechnung dieser Leistungen setzt voraus, dass die Bedingungen der Vergütungsvereinbarung und des Anhangs zur Vergütungsvereinbarung erfüllt sind, insbesondere eine Abrechnungsgenehmigung für diese Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung erteilt worden ist.

### **Anhang 9.1.4: Anforderungen an eine nephrologische Schwerpunktabteilung nach § 11 Abs. 3, Abschnitt 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag**

Folgende Anforderungen an eine nephrologische Schwerpunktabteilung sind zu erfüllen und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in geeigneter Weise nachzuweisen:

1. Stationäre Diagnostik und Behandlung von Nieren- und Hochdruckerkrankungen.
2. Therapie schwerwiegender Nierenerkrankungen wie z.B. akutes Nierenversagen einschl. intensiv-medizinischer Behandlung.
3. Bereitstellung aller Verfahren der Hämo- und Peritonealdialyse.
4. Verpflichtung zur Übernahme folgender Versorgungsaufgaben für chronisch niereninsuffiziente Patienten anderer Dialysepraxen und –einrichtungen in der Region:
  - a) Vorhalten einer Auffangdialyse bei kompliziertem Dialyseverlauf und interkurrenten Erkrankungen.
  - b) Ausbildung von Patienten und deren Angehörigen für die Heimdialyse (Hämo- und Peritonealdialyse)
  - c) Versorgung infektiöser Dialysepatienten
  - d) Anlage von Dialysezugängen (arterio-venöse Shunts, Gefäßprothesen, permanente Venen-Katheter, Peritoneal-Katheter u.a.) in enger Kooperation mit erfahrenen Operateuren und ausreichender Präsenz für Notfälle
  - e) Betreuung von Patienten vor und nach einer Nierentransplantation in enger Kooperation mit einem Transplantationszentrum, Möglichkeiten der Behandlung von Komplikationen und Nachsorge.
5. Befugnis zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung der zuständigen Ärztekammer für den Schwerpunkt Nephrologie sowie Ausbildung von Fachpflegekräften.

### Anhang 9.1.5: Anforderungen an die Genehmigung einer Zweigpraxis oder ausgelagerten Praxisstätte nach § 4 Abs. 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag

- (1) Die Durchführung von Versorgungsaufträgen in einer Zweigpraxis oder ausgelagerten Praxisstätte bedarf nach § 4 Abs. 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag auf Antrag der Genehmigung bzw. der Ermächtigung, soweit die beantragte Zweigpraxis außerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung liegt.

Die Genehmigung wird im Einvernehmen mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene durch die KVen bzw. die Ermächtigung durch den zuständigen Zulassungsausschuss, erteilt, wenn der Arzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweist, dass folgende Voraussetzungen erfüllt sind (soweit die beantragte Zweigpraxis außerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung liegt, wird eine entsprechende Ermächtigung durch den zuständigen Zulassungsausschuss erteilt):

- a) Die räumlichen Gegebenheiten in der Praxis reichen zur Durchführung der Hämodialyse für die zum Zeitpunkt der Antragstellung zu versorgenden Patienten nicht aus

oder

die wohnortnahe Versorgung der zum Zeitpunkt der Antragstellung mit Verfahren der Hämodialyse behandelten Patienten wird durch die projektierte Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisstätte verbessert.

- b) Die projektierte Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisstätte muss in der Versorgungsregion der bestehenden Dialysepraxis liegen. Die Genehmigung kann nur erteilt werden, wenn die projektierte Zweigpraxis oder ausgelagerte Betriebsstätte nicht gleichzeitig in der Versorgungsregion einer anderen Praxis liegt, es sei denn die Einrichtung der projektierten Zweigpraxis oder der ausgelagerte Betriebsstätte ist nach einvernehmlicher Feststellung der Kassenärztlichen Vereinigung und der zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene aus Gründen der Sicherstellung der Dialyseversorgung notwendig.
- c) Der Arzt muss angeben, welche Dialyseverfahren und in welchem Umfang diese durchgeführt werden sollen.

- (2) Für Zweigpraxen oder ausgelagerte Praxisstätten gelten die Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechend. Dabei ist der "Arzt-Patienten-Schlüssel" gemäß § 5 Abs. 7 Buchstabe c) der Qualitätssicherungsvereinbarung auf die Gesamtzahl der sowohl in der Praxis als auch in der Zweigpraxis oder ausgelagerten Praxisstätte erbrachten Leistungen zu beziehen.

- (3) Ärzte, die vor dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung Leistungen zur 'Zentralisierten Heimdialyse' in einer Zweigpraxis oder ausgelagerten Praxisstätte erbracht haben, erhalten als Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisstätte auf Antrag für diese Betriebsstätte eine Genehmigung zur Durchführung von Versorgungsaufträgen mit Dialyse gemäß diesem Vertrag, wenn sie die Voraussetzungen nach Absatz 1 Buchstabe b) und c) erfüllen.

- (4) Wird die Anforderung nach Absatz 1 Buchstabe b) nicht erfüllt, wird eine befristete Genehmigung für die Dauer von 10 Jahren ab dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung erteilt. Die Genehmigung ist um weitere 10 Jahre zu verlängern, wenn ein Jahr vor Fristablauf festgestellt wird, dass die Zweigpraxis oder ausge-

## **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Anlage 9.1 BMV-Ä)**

---

lagerte Praxisstätte die wohnortnahe Versorgung unter Berücksichtigung der einzelnen Dialyseformen und -verfahren gewährleistet oder die Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisstätte nicht in der Versorgungsregion einer anderen Praxis liegt.

Zweigpraxen, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12. September 2001 – B 6 KA 64/00 R – mit Genehmigung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung betrieben worden sind, wird eine Versorgungsregion im Verfahren nach § 6, Abschnitt 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag für die Dauer von 3 Jahren ab dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung zugeordnet.



### Anhang 9.1.6: Konsiliarische Kooperation nach § 3 Abs. 1, erster Spiegelstrich der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag

(1) Die konsiliarische Kooperation ist zeitgerecht einzuleiten bei Patienten mit

1. Arterieller Hypertonie,
2. Diabetes mellitus Typ I und Typ II,
3. positiver Familienanamnese für erbliche Nierenerkrankungen,
4. angeborener Nierenerkrankung,
5. Einnierigkeit,
6. dauerhafter Einnahme nephrotoxischer Arzneimittel,
7. Autoimmunerkrankungen,
8. rezidivierenden Harnsteinleiden,
9. therapierefraktären Harnwegsinfekten,
10. chronischen Infektionen oder mit
11. Zustand nach akutem Nierenversagen,

wenn die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) mit der MDRD-Formel aus dem Serum-Kreatinin  $GFR < 60$  ml/min beim Erwachsenen beträgt oder wenn mindestens ein positiver Befund gemäß den Nummern 1 bis 6 vorliegt:

1. Proteinurie oder Mikroalbuminurie (handelsübliche Harnteststreifen). Ein positiver Befund liegt dann vor, wenn zwei aufeinander folgende Bestimmungen an verschiedenen Tagen jeweils folgendes positives Ergebnis ergeben haben:
  - a. Diabetiker:  $< 200$  mg/l oder  $< 300$  mg/24h
  - b. Nicht-Diabetiker:  $> 200$  mg/l oder  $> 300$  mg/24h.
2. Mikro- oder Makrohämaturie oder Erythrozyturie (handelsübliche Harnteststreifen). Ein positiver Befund liegt dann vor, wenn zwei aufeinander folgende Bestimmungen an verschiedenen Tagen jeweils ein positives Ergebnis ergeben haben.
3. Arterieller Bluthochdruck. Das Vorliegen einer unkontrollierten ( $RR > 150/90$  mm Hg unter 3-fach antihypertensiver Therapie), akzelerierten oder malignen Hypertonie
4. Verschlechterung der Nierenfunktion. Eine Verschlechterung liegt dann vor, wenn sich die GFR um 5ml/min/Jahr reduziert hat.
5. Morphologische Nierenveränderungen
6. sonstige Laborwerte (nierenspezifische Komorbiditäten) bei eingeschränkter Nierenfunktion
  - Vorliegen einer unklaren Anämie ( $Hb < 11$  g/dl bzw. 6,8 mmol/l bei Frauen und 12,5 g/dl bzw. 7,8 mmol/l bei Männern)
  - Pathologische Werte für Calcium und/oder Phosphat und/oder Kalium in 2 Messungen an 2 verschiedenen Tagen

(2) Im Rahmen der konsiliarischen Kooperation ist vom behandelnden Arzt zu gewährleisten

## **Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Anlage 9.1 BMV-Ä)**

---

1. Erstvorstellung / Überweisung des Patienten beim Nephrologen (mit Dokumentation der Untersuchungsparameter nach Absatz 1)
  2. Abstimmung eines Therapieplanes mit dem Nephrologen
  3. Durchführung der weiteren Therapie und Wiedervorstellungsintervalle in Absprache mit dem kooperierenden Nephrologen
  4. Durchführung von Kontrolluntersuchungen gem. Therapieplan nach Nr. 2
  5. Wiedervorstellung beim Nephrologen nach Vereinbarung, bei Rückfragen und bei Nichterreichen der Behandlungsziele (z. B. unkontrollierter Hypertonus, schnelles Fortschreiten der Nierenfunktionseinschränkung)
  6. Dokumentation folgender Parameter
    - Diagnose von Nierenerkrankungen
    - Verlauf der Nierenparameter
    - Definition des nephrologischen Risikoprofils
    - Besonderheiten der Diagnostik und Therapie
    - Warnhinweise (z. B. bzgl. Medikation)
- (3) Im Rahmen der konsiliarischen Kooperation ist vom nephrologisch tätigen Arzt zu gewährleisten
1. Diagnosestellung zur Nierenerkrankung
  2. Festlegung des Therapieplans in Abstimmung mit dem Hausarzt:
  3. Festlegung der Behandlungszielwerte sowie der Kontrollparameter und –intervalle gemäß den geltenden Leitlinien in Abstimmung mit dem Hausarzt
  4. Therapieempfehlung/-optimierung insbesondere unter Beachtung der Arzneimittelsicherheit (Medikamente und Kontrastmittel mit veränderter Elimination und Interaktion bei eingeschränkter Nierenfunktion)

**Protokollnotizen**

**zum Vertrag über besondere Versorgungsaufträge für die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten**

**(Anlage 9.1 Bundesmantelverträge)**

Die Regelungen im Bundesmantelvertrag über besondere Versorgungsaufträge für die nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten werden durch folgende Protokollnotizen ergänzt:

1. Auf der Grundlage von § 85 Abs. 3a Satz 4 SGB V können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene im Einvernehmen die Höhe der Sachkostenpauschalen für die nichtärztlichen Dialyseleistungen abweichend von der Regelung im Bundesmantelvertrag festsetzen. Wird das Einvernehmen nicht erzielt, gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrages.
2. Die vertraglich in Kapitel 40 des EBM geregelten Pauschalerstattungen für Sachkosten bei Dialysebehandlungen gelten grundsätzlich auch für ermächtigte Einrichtungen. Soweit und solange die von den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene mit diesen Einrichtungen vereinbarten Kostenpauschalen die in Kapitel 40 des EBM geregelten Pauschalerstattungen unterschreiten, gelten die vereinbarten Kostenpauschalen unverändert fort.

Mit Wirkung zum 1. Januar 2005 wird geprüft, ob die Unterschiede in der Kosten- und Ertragssituation der Vertragsärzte und der ermächtigten Einrichtungen eine Differenzierung der Pauschalerstattungen erfordern. Kommt es zu keiner Einigung über eine unterschiedliche Regelung der Pauschalerstattungen, werden die Sachkostenpauschalen für die ermächtigten Einrichtungen vom 1. Januar 2005 an auf der Grundlage von § 126 Abs. 3 i. V. mit § 127 SGB V zwischen den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und den ermächtigten Einrichtungen vereinbart.

3. Die Vereinbarung über die weitere Anwendung gesamtvertraglich geregelter Sachkostenpauschalen, die die in Kapitel 40 des EBM festgelegten Pauschalerstattungen unterschreiten, gilt auch im Falle einer Beendigung der gesamtvertraglichen Regelung.