

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Dialyse

Antrag auf Genehmigung zur Übernahme des besonderen Versorgungsauftrages nach Anlage 9.1 BMV-Ä für die nach § 3 Abs. 3 a) definierten Patientengruppen

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung Team 1

Ilena Spurfeld
Anna Wandrei

Tel 069 24741-6190/-6094
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

für den

- ersten Arzt
- zweiten Arzt (kontinuierliche Behandlung > 30 Dialysepatienten pro Kalenderjahr)
- dritten Arzt (kontinuierliche Behandlung > 100 Dialysepatienten pro Kalenderjahr)
- vierten Arzt (kontinuierliche Behandlung > 150 Dialysepatienten pro Kalenderjahr)
- weiteren Arzt (kontinuierliche Behandlung von je 50 weiteren Dialysepatienten pro Kalenderjahr)

Für nachfolgende Ärzte wurde die Übernahme des Versorgungsauftrages bereits genehmigt:

Name erster Arzt: _____

Zulassungsart: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Name zweiter Arzt: _____

Zulassungsart: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Name dritter Arzt: _____

Zulassungsart: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Zulassungsart: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Name weiterer Arzt:

Zulassungsart: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit **beantragt** am _____

für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** _____

Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung:

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes

in MVZ _____ BSNR _____

Name des MVZ

Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____

Name der Einrichtung

Instituts-

Ermächtigung _____ BSNR _____

Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-

Assistent _____ BSNR _____

Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Beantragte Leistungen:

- GOP 13600 Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten
- GOP 13601 Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers
- GOP 13602 Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten
- GOP 13610 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- bzw. Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gem. § 135 Abs. 2 SGB V)
- GOP 13611 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD)
- GOP 13612 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13610 oder 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse

ODER – Nur relevant für Kinderdialyse:

- Dialyse Kinder-Jugendmedizin (GOP 40815 – 40819, 04563)

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

(gemäß § 4 i. V. m. § 8 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

- **Kreuzen Sie bitte hier den für Sie zutreffenden Weiterbildungsgang an und fügen Sie die Facharztanerkennung (Urkunde) in einfacher Kopie diesem Antrag bei.**
- **Sofern die Vorlage von Zeugnissen bzw. Qualifikationsnachweisen gefordert wird, fügen Sie diese bitte ebenso in einfacher Kopie diesem Antragsformular bei.**
- Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin**

(Fachärzte für Innere Medizin weisen die fachliche Befähigung durch Vorlage der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Innere Medizin nach.)
- Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin, Teilgebiet Nephrologie**

(Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ weisen die fachliche Befähigung durch Vorlage der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie nach.)
- Facharzt/ Fachärztin für Kinderheilkunde mit Nachweis folgender Voraussetzungen:**

- a) Selbständige Durchführung von mindestens 1.000 Dialysen unter Anleitung, davon mindestens 250 Hämodialysen und mindestens 250 Peritonealdialysen.

Die Anleitung hat bei einem entsprechend zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung befugten Arzt/Ärztin für das Gebiet Kinderheilkunde stattzufinden.

Die von Fachärzten für Kinderheilkunde vorzulegenden Zeugnisse und Bescheinigungen müssen von dem Arzt, der die Anleitung durchgeführt hat, unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:

- Überblick über die Zusammensetzung des Krankheitsgutes der Abteilung, in welcher die Weiterbildung bzw. Anleitung stattfand.
- Auf das jeweilige Dialyseverfahren bezogene Anzahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten Dialysen.
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbständigen Durchführung von Dialysen.

- b) Mindestens 24monatige ständige Tätigkeit in der pädiatrischen Nephrologie unter Anleitung.
- c) Mindestens 12monatige ständige Tätigkeit in der Dialyse unter Anleitung. Diese Tätigkeitszeiten können auch während der Tätigkeitszeiten in der pädiatrischen Nephrologie (gemäß Buchstabe b) abgeleistet werden.
- d) Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium nach Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen.

Facharzt/ Fachärztin für Kinderheilkunde mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Nephrologie

Bei Ärzten, die die Zusatzweiterbildung Kinderneurologie erworben haben, gilt die fachliche Qualifikation durch die Vorlage der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatz-Weiterbildung Kinder-Nephrologie als nachgewiesen.

Sonstige Anforderungen

Apparative Ausstattung:

(gemäß § 6 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

Folgende Anforderungen an die apparative Ausstattung sind zu erfüllen:

1. Als Mindestanforderung müssen Hämodialysegeräte mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet sein sowie eine Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren und den Einsatz von sowohl Acetat- als auch Bikarbonatdialysat ermöglichen.
2. Das für die Herstellung von Dialysat benötigte Reinwasser muss mindestens mit einer Umkehrosmose aufbereitet werden.
3. Zur Behandlung von Nottfällen ist als Mindestausstattung in der Dialysepraxis oder -einrichtung vorzuhalten:
 - a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
 - b) Absaugvorrichtung

c) Sauerstoffversorgung

d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop

e) Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für die Hämoglobin- oder Hämotokritbestimmung

Die unter Punkt 1 bis 3 aufgeführten Anforderungen an die apparative Ausstattung werden erfüllt.

ja nein

Es wird versichert, dass **bei der Ermächtigung von ärztlich geleiteten Einrichtungen gem. § 9 Abs. 5 Anlage 9.1 BMV-Ä** auch die Erbringung folgender genehmigungspflichtiger Leistungen nach Anhang 9.1.3 vorgehalten wird:

Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/ oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren und/ oder der Thoraxorgane, jeweils mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33042 und/ oder 33040)

und/ oder

Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genital-Organen mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33043)

Organisatorische Anforderungen:

(gemäß § 5 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

1. Für die Versorgung der Versicherten werden alle Dialyseverfahren (Hämodialysen und Peritonealdialysen) und Dialyseformen (Zentrumsdialyse, Zentralisierte Heimdialyse und Heimdialyse) angeboten.

ja nein

Folgende Dialyseverfahren bzw. Dialyseformen werden in der eigenen Praxis/Einrichtung (Hauptbetriebsstätte) erbracht:

Dialyseverfahren:

Dialyseformen:

Hämodialyse

Zentrumsdialyse

Peritonealdialyse

Zentralisierte Heimdialyse

Heimdialyse

Für den Fall, dass nicht alle Verfahren und Formen in der Dialysepraxis/ Dialyseeinrichtung durchgeführt werden, sind folgende Angaben erforderlich:

Folgende Dialyseverfahren bzw. Dialyseformen werden in Kooperation mit der benachbarten Dialysepraxis/ Dialyseeinrichtung erbracht:

Dialyseverfahren:

- Hämodialyse
 Peritonealdialyse

Dialyseformen:

- Zentrumsdialyse
 Zentralisierte Heimdialyse
 Heimdialyse

Name und Anschrift der Dialysepraxis/Dialyseeinrichtung:

2. Bei der Dialyse von Erwachsenen besteht eine Kooperation mit einem Transplantationszentrum.

- ja nein

Name und Anschrift Transplantationszentrum:

3. Bei der Dialyse von Kindern ist die pädiatrische und psychosoziale Betreuung gewährleistet.

- ja nein

Name und Anschrift der Fachkräfte der pädiatrischen und psychosozialen Betreuung:

Besteht eine Kooperation mit einem Transplantationszentrum?

- ja nein

Name und Anschrift Transplantationszentrum:

4. Die ärztliche Präsenz während der gesamten Behandlung (Zentrumsdialyse) ist gewährleistet.

- ja nein

Die Rufbereitschaft außerhalb der Behandlungszeiten ist gewährleistet (7 Tage in der Woche).

ja nein

Ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst ist gewährleistet.

ja nein

Für den Fall, dass der eigene pflegerische Bereitschaftsdienst nicht sichergestellt werden kann, sind die nachfolgenden Angaben erforderlich:

Der pflegerische Bereitschaftsdienst wird durch Kooperation mit anderen benachbarten Dialysepraxen/ Dialyseeinrichtungen sichergestellt.

ja nein

Kooperationspartner:

Die ärztliche Präsenz sowie die Rufbereitschaft sind auch im Urlaubs- und Krankheitsfall gewährleistet.

ja nein

5. Bei der Durchführung von Dialysen als „Zentralisierte Heimdialyse“ ist gewährleistet, dass 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.

ja nein

6. **Hinweis:** 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.

7. Bei Durchführung von Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“ und „Zentralisierte Heimdialyse“:

Werden bereits Leistungen der Dialyse in genehmigter/genehmigten, örtlich getrennter/getrennten Betriebsstätte/n durchgeführt?

ja nein

Vollständige Anschrift der örtlich getrennten Betriebsstätte(n):

BSNR: _____ Behandlungsplätze: _____

BSNR: _____ Behandlungsplätze: _____

BSNR: _____ Behandlungsplätze: _____

Welche Dialyseverfahren bzw. Dialyseformen werden in der/den bereits genehmigten, örtlich getrennten Betriebsstätte(n) erbracht?

BSNR: _____

Dialyseverfahren:

- Hämodialyse
- Peritonealdialyse

Dialyseformen:

- Zentrumsdialyse
- Zentralisierte Heimdialyse
- Heimdialyse

BSNR: _____

Dialyseverfahren:

- Hämodialyse
- Peritonealdialyse

Dialyseformen:

- Zentrumsdialyse
- Zentralisierte Heimdialyse
- Heimdialyse

BSNR: _____

Dialyseverfahren:

- Hämodialyse
- Peritonealdialyse

Dialyseformen:

- Zentrumsdialyse
- Zentralisierte Heimdialyse
- Heimdialyse

Angabe der Dialysezeiten in der Hauptbetriebsstätte, BSNR: _____

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der Dialysezeiten in der **vorhandenen** Nebenbetriebsstätte, BSNR: _____

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der Dialysezeiten in der **vorhandenen** Nebenbetriebsstätte, BSNR: _____

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der Dialysezeiten in der **vorhandenen** Nebenbetriebsstätte, BSNR: _____

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

8. Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung wird ausschließlich durch den Antragsteller genutzt:

ja nein

Falls nein, Name und Anschrift der Dialysepraxis/ Einrichtung:

Erklärungen und Hinweise

Mir ist bekannt dass,

- die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Dialyse-Kommission beauftragen kann, die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß der Qualitäts-sicherungsvereinbarung entsprechen. Die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leis-tungen der Dialyse gelten nur dann als erbracht, wenn ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erkläre.
- bei Komplikationen und Zwischenfällen ein für die Übernahme des Versorgungsauftrages genehmigter Arzt bzw. sein unter Nr. 4 benannter qualifizierter Vertreter bei der „Zentrumsdialyse“ unmittelbar, bei der „Zentralisierten Heimdialyse innerhalb von 30 Minuten – und bei lebensbedrohenden Komplikationen und Zwischenfällen auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar – am Dialysestandort zur Verfügung ste-hen muss.
- die Durchführung von Hämodialyse als „Zentrumsdialyse“ die persönliche Anwesenheit in der Praxis erfor-dert.
- Ich bin mir bewusst, dass sowohl für die Hauptpraxis wie für die Zweigpraxis eindeutig nachvollziehbare Dienstpläne hinsichtlich der Anwesenheit der Ärzte aufgestellt sein müssen. In den Dienstplänen ist anzu-geben, welcher zur Dialysebehandlung gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren qualifi-zierte Arzt über welchen Zeitraum täglich in der Vertragsarztpraxis bzw. in der ausgelagerten Praxisstätte/ Zweigpraxis zur Verfügung steht. Zudem ist in den jeweiligen Patientenunterlagen zu dokumentieren, wel-cher Arzt den Patienten jeweils im Rahmen der Dialyse ärztlich betreut und behandelt hat. Die **Dienst-pläne/ Patientenunterlagen/ Dialyseprotokolle** sind so aufzubewahren, dass sie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf Anforderung jederzeit zur Verfügung gestellt werden können.
- im Rahmen der „Zentralisierten Heimdialyse“ jeder Patient mindestens einmal pro Woche vom Dialysearzt persönlich beraten und beurteilt werden muss. Dabei hat sich der Arzt zu vergewissern, dass die medizini-sche Indikation für die „Heimdialyse“ bei allen Patienten gegeben ist und diese durch den jeweiligen Pati-enten nach wie vor nicht gewährleistet werden kann. In den Patientenunterlagen sind die Gründe zu doku-mentieren, weshalb die „Heimdialyse“ nicht durchgeführt werden kann und die „Zentrumsdialyse“ nicht geboten ist. Auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigung ist durch die Vorlage der ggf. anonymisier-ten Dokumentation die Einhaltung der zuvor genannten Vorschriften nachzuweisen.

- ich als Genehmigungsinhaber verpflichtet bin, an den Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend den Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse teilzunehmen.
- eine Abrechnung von Dialysebehandlungen nur erfolgen darf, wenn diese gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse dokumentiert wurden.
- ich verpflichtet bin, jede Änderung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- **Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.**
- **Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.**

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

.....
Unterschrift des zweiten Arztes

.....
Unterschrift des dritten Arztes

.....
Unterschrift des vierten Arztes

.....
Unterschrift weiterer Ärzte

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ
(Institut/Klinik/Krankenhaus)**

.....
Stempel

Stand: 25.08.2023