

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

**Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten  
Kooperatives Zusammenwirken mit Leistungserbringer gemäß §§  
13, 14 der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)  
(Vertragsarzt und ermächtigte Einrichtung)**

Qualitätssicherung Team 1

Anna Wandrei  
Tanja Köhn

Tel 069 24741-6094/-6312  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.3@kvhessen.de

*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.*

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

**Der besondere Versorgungsauftrag zur nephrologischen Betreuung von chronisch niereninsuffizienten Patienten nach § 3 Abs. 3 a) wird im Zusammenwirken gemäß §§ 13, 14 (Vertragsarzt und ermächtigte Einrichtung) der Anlage 9.1 BMV-Ä ausgeführt bzw. fortgeführt:**

Ja  Nein

**Patienten-Heimversorgung (PHV) am Standort**

BSNR \_\_\_\_\_ Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

N-BSNR \_\_\_\_\_ Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

N-BSNR \_\_\_\_\_ Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Die geforderten Bedingungen für das kooperative Zusammenwirken nach § 13 bzw. § 14 der Anlage 9.1. BMV-Ä sind erfüllt. Als Nachweis wurden die Kooperationsverträge gemäß § 13 Abs. 2 der Anlage 9.1 BMV-Ä über das Zusammenwirken zwischen den Ärzten und der ermächtigten Einrichtung vorgelegt:**

Ja  Nein

**Angaben der kooperierenden Vertragsärzte**

**Name, Vorname, Titel:** \_\_\_\_\_ Kooperationsvertrag vom \_\_\_\_\_

**Facharztbezeichnung:** \_\_\_\_\_ **Arbeitszeit/Woche und Faktor** \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_ Kooperationsvertrag vom \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit/Woche und Faktor \_\_\_\_\_

**Der besondere Versorgungsauftrag nach § 3 Abs. 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä wird durch die nachfolgend aufgeführten und in der Einrichtung tätigen Ärzte, deren fachliche Befähigung gemäß den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nachgewiesen wurde, erfüllt:**

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit/Woche und Faktor \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit:**

- niedergelassener Vertragsarzt   
  angestellter Arzt   
  Nebentätigkeit   
  Vertreter  
 Krankenhausarzt   
  stellv. Leitender Arzt   
  Freiberuflich   
  Honorarvertrag

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit/Woche und Faktor \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit:**

- niedergelassener Vertragsarzt   
  angestellter Arzt   
  Nebentätigkeit   
  Vertreter  
 Krankenhausarzt   
  stellv. Leitender Arzt   
  Freiberuflich   
  Honorarvertrag

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit/Woche und Faktor \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit:**

- niedergelassener Vertragsarzt   
  angestellter Arzt   
  Nebentätigkeit   
  Vertreter  
 Krankenhausarzt   
  stellv. Leitender Arzt   
  Freiberuflich   
  Honorarvertrag

**Name, Vorname, Titel:** \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit/Woche und Faktor \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit:**

- niedergelassener Vertragsarzt     angestellter Arzt     Nebentätigkeit     Vertreter  
 Krankenhausarzt     stellv. Leitender Arzt     Freiberuflich     Honorarvertrag

**Name, Vorname, Titel:** \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit/Woche und Faktor \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit:**

- niedergelassener Vertragsarzt     angestellter Arzt     Nebentätigkeit     Vertreter  
 Krankenhausarzt     stellv. Leitender Arzt     Freiberuflich     Honorarvertrag

**Name, Vorname, Titel:** \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Facharztbezeichnung: \_\_\_\_\_ Arbeitszeit/Woche und Faktor \_\_\_\_\_

**Art der Tätigkeit:**

- niedergelassener Vertragsarzt     angestellter Arzt     Nebentätigkeit     Vertreter  
 Krankenhausarzt     stellv. Leitender Arzt     Freiberuflich     Honorarvertrag

**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 Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen 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 stehen muss.
- die Durchführung von Hämodialyse als „Zentrumsdialyse“ die persönliche Anwesenheit in der Praxis erfordert.
- 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 anzugeben, welcher zur Dialysebehandlung gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren qualifizierte 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, welcher Arzt den Patienten jeweils im Rahmen der Dialyse ärztlich betreut und behandelt hat. Die **Dienstpläne/ 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 medizinische Indikation für die „Heimdialyse“ bei allen Patienten gegeben ist und diese durch den jeweiligen Patienten nach wie vor nicht gewährleistet werden kann. In den Patientenunterlagen sind die Gründe zu dokumentieren, weshalb die „Heimdialyse“ nicht durchgeführt werden kann und die „Zentrumsdialyse“ nicht geboten ist. Auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigung ist durch die Vorlage der ggf. anonymisierten 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.**

.....  
Ort, Datum

.....  
**Unterschrift des verantwortlichen**  
Institut / ermächtigte Einrichtung

.....  
Stempel

.....  
Ort, Datum

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

.....  
Stempel

Stand April 2024