

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Keßlerstr. 1
76185 Karlsruhe

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Antrag

auf Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages für Blutreinigungsverfahren

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen.

Als ermächtigte Schwerpunkteinrichtung (gemäß § 11a Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten Anlage 9.1 BMV-Ä sind die Voraussetzungen der QS-Regelungen nach §1 und die Anforderungen gemäß Anhang 9.1.4 dem Zulassungsausschuss nachzuweisen.)

Fachliche Befähigung nach § 4 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinderheilkunde
Vorlage von Zeugnissen und/oder Bescheinigungen über:
 - Selbständige Durchführung von mindestens 1.000 Dialysen unter Anleitung, davon mindestens 250 Hämodialysen und mindestens 250 Peritonealdialysen.
 - Mindestens 24-monatige ständige Tätigkeit in der pädiatrischen Nephrologie unter Anleitung.
 - Mindestens 12-monatige ständige Tätigkeit in der Dialyse unter Anleitung. (Die Tätigkeitszeiten können auch während der Tätigkeitszeiten in der pädiatrischen Nephrologie abgeleistet werden.)
 - Die Anleitung hat bei einem entsprechend zur Weiterbildung nach der WBO befugten Arzt für das Gebiet Kinderheilkunde stattzufinden.
 - Teilnahme an einem Kolloquium obligatorisch.
- Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Kinder-Nephrologie
- Zusätzliche Berechtigung gemäß § 5 Abs. 7c Nr. 2 als dritter Arzt
Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Innere Medizin
 - Teilnahme an einem Kolloquium obligatorisch.

Bitte entsprechende Urkunden, Zeugnisse und/oder Bescheinigungen gemäß § 8 in Kopie beifügen.

Organisatorische Anforderungen nach § 5

a. In der Einrichtung werden folgende Dialyseverfahren angeboten:

- Hämodialyse
- Peritonealdialyse

b. In meiner Praxis werden folgende Dialyseformen angeboten:

- Zentrumsdialyse _____ Zahl der regelmäßig betreuten Patienten
- Zentralisierte Heimdialyse (Limited Care) _____ Zahl der regelmäßig betreuten Patienten
- Heimdialyse _____ Zahl der regelmäßig betreuten Patienten
- CAPD _____ Zahl der regelmäßig betreuten Patienten

c. Ich kooperiere mit nachfolgend genannter Dialyseeinrichtung:

(Name, Anschrift, Tel.-Nr.)

d. Die Einrichtung verfügt über _____ Behandlungsplätze in der Hämodialyse.

e. Die Dialyseeinrichtung hat folgende Nebenbetriebsstätten (nach Orten):

Weitere Nebenbetriebsstätten bitte auf einem separaten Blatt angeben.

f. In meiner Praxis sind folgende qualifizierte Ärztinnen/Ärzte (gemäß § 4) beschäftigt
(Nachweis für § 5 Abs. 7):

Name	Fachgebietsbezeichnung

g. Es besteht eine Kooperation mit dem Transplantationszentrum für (§ 5 Abs. 2 und Abs. 3):

Erwachsene

Kinder

h. Die pädiatrische und psychosoziale Betreuung der Kinder wird durch folgende Fachkraft sichergestellt:

i. Die ärztliche Präsenz und Rufbereitschaft in allen Praxisstätten, auch im Urlaubs- und Krankheitsfall, ist gewährleistet durch (§ 5 Abs. 4):

Bitte Erklärung gemäß Anlage beifügen.

- Ich versichere, dass bei Komplikationen und Zwischenfällen der Dialysearzt innerhalb von 30 Minuten, bei lebensbedrohlichen Komplikationen und Zwischenfällen auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar zur Verfügung steht (nur bei „Zentralisierter Heimdialyse“) (§ 5 Abs. 5).

Apparative Ausstattung nach § 6

- Die Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet und ermöglichen Dialysen mit High-Flux-Dialysatoren und den Einsatz von Acetat- und Bicarbonatdialysat.
- Das für die Herstellung von Dialysat benötigte Reinwasser wird mittels Umkehrosmose aufbereitet.
- Folgende Mindestausstattung wird sowohl in der Praxis als auch an den genannten Nebenbetriebsstätten vorgehalten:
 - Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
 - Absaugvorrichtung
 - Sauerstoffversorgung
 - Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
 - Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie die Hämoglobin- oder Hämatokritbestimmung

Erklärungen

- Die Entscheidung, ob und in welcher Form ein extrakorporales Blutreinigungsverfahren oder ein peritoneales Verfahren zur Anwendung kommt, richtet sich nach der Indikation im Einzelfall, der Bereitschaft und ggf. der Schulung des Patienten in dem jeweiligen Dialyseverfahren. In den Patientenunterlagen ist zu dokumentieren, welche Gründe zur Entscheidung für das durchzuführende Dialyseverfahren geführt haben. Diese Entscheidung ist in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und die Beurteilung zu dokumentieren.
- Gemäß § 7 Abs. 3 bin ich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis dahingehend überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung entsprechen.
- Ich versichere, dass die Angaben vollständig und richtig sind, und werde die zuständige Bezirksdirektion der KV Baden-Württemberg über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen betreffen.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Dialyseleistungen

Vertretungsregelung gemäß § 5 Abs. 4 der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

Die ärztliche Präsenz und Rufbereitschaft wird im Urlaubs- u. Krankheitsfall des Antragstellers von Frau/Herrn

Ggf. Titel, Name, Vorname, Anschrift (des Vertreters)
übernommen.

Vertreter

Ich verpflichte mich, im Urlaubs- und Krankheitsfall den Antragsteller zu vertreten.

Darüber hinaus bin ich gemäß § 5 Abs. 4 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren jederzeit in der Lage, ambulante Notfalldialysen von Patienten des Antragstellers zu übernehmen.

Die fachliche Qualifikation gemäß o. g. Vereinbarung liegt vor

Datum

Stempel, Unterschrift Antragsteller

Stempel, Unterschrift Vertreter