



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 567, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

## Antrag auf Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages

**gemäß § 4 der Anlage 9.1 BMV-Ä: Besondere Versorgungsaufträge/Versorgung chronisch  
niereninsuffizienter Patienten (Inkrafttreten: 01.01.2014 - in der derzeit geltenden Fassung)**

**Bitte nur einmal pro Dialyseeinrichtung ausfüllen!**

Name: ..... Vorname: .....

Lebenslange Arztnummer (LANR):   
(wenn vorhanden)

Name: ..... Vorname: .....

Lebenslange Arztnummer (LANR):   
(wenn vorhanden)

Name: ..... Vorname: .....

Lebenslange Arztnummer (LANR):   
(wenn vorhanden)

Name: ..... Vorname: .....

Lebenslange Arztnummer (LANR):   
(wenn vorhanden)

Name: ..... Vorname: .....

Lebenslange Arztnummer (LANR):   
(wenn vorhanden)

Name: ..... Vorname: .....

Lebenslange Arztnummer (LANR):   
(wenn vorhanden)

Name: ..... Vorname: .....

Lebenslange Arztnummer (LANR):   
(wenn vorhanden)



Anschrift der Einrichtung: .....

.....

Betriebsstättennummer (BSNR): .....



Gemäß § 4 der Anlage 9.1 der Bundesmantelverträge i. V. mit der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) in der derzeit gültigen Fassung beantrage/n ich/wir hiermit die Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages

- gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe a) der Anlage 9.1 der BMV-Ä
- gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe d) der Anlage 9.1 der BMV-Ä
- gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) der Anlage 9.1 der BMV-Ä

im Rahmen einer:

- Einzelpraxis
- Ermächtigung
- MVZ
- ÜBAG
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Sonstige

**A ORGANISATORISCHE VORAUSSETZUNGEN**

Dialyseverfahren/-formen (gemäß § 5 Abs. 1 der o.g. Vereinbarung)

In meiner/ unserer Einrichtung werden folgende Dialyseverfahren/-formen angeboten:

extrakorporale Blutreinigungsverfahren  
(Hämodialyse, Hämodiltration, Hämodiafiltration)

- |     |                            |    |                          |      |                          |
|-----|----------------------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| als | ZENTRUMSDIALYSE            | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> |
|     | ZENTRALISIERTE HEIMDIALYSE | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> |
|     | HEIMDIALYSE                | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> |

Peritonealdialysen

- |             |    |                          |      |                          |
|-------------|----|--------------------------|------|--------------------------|
| IPD         | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> |
| CAPD / CCPD | JA | <input type="checkbox"/> | NEIN | <input type="checkbox"/> |



Falls in meiner/ unserer Einrichtung nicht alle Dialyseverfahren/-formen gemäß § 5 Abs. 1 der o.g. Vereinbarung durchgeführt werden können, werden folgende Dialyseverfahren in Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen (Vertragsärzte im Rahmen der Niederlassung) oder anderen benachbarten ambulanten Dialyseeinrichtungen (Ärzte im Rahmen einer Einzelermächtigung oder Institutsermächtigungen) erbracht:

<u>Dialyseverfahren</u>	<u>Dialyseeinrichtung</u>
extrakorporale Blutreinigungsverfahren	..... ..... .....
Peritonealdialysen	..... ..... .....

Der entsprechende Kooperationsvertrag  
(eine schriftliche Bestätigung des Kooperationspartners mit den in § 5 Abs. 1 der o.g. Vereinbarung genannten Angaben ist ausreichend)

- ist beigelegt
- wird nachgereicht

In meiner/unserer Einrichtung werden Hämodialysen/ Peritonealdialysen

- |                 |                             |                               |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|
| bei Erwachsenen | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
| bei Kindern     | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |

durchgeführt.

**Gemäß § 5 Abs. 2 und/oder 3 der o.g. Vereinbarung besteht eine Kooperation mit folgenden Transplantationszentren:**

1. Name: .....
- Anschritt: .....
2. Name: .....
- Anschritt: .....
3. Name: .....
- Anschritt: .....



Gemäß § 5 Abs. 3 der o.g. Vereinbarung ist bei der Dialyse von Kindern die

pädiatrische Betreuung durch .....

(Name)

.....

(Name)

UND die

psychosoziale Betreuung durch .....

(Name)

gewährleistet.

Zurzeit werden in meiner/unsere o.g. Einrichtung insgesamt ..... Patienten betreut.

- Davon .....
- ..... Patienten (Zentrumsdialyse)
  - ..... Patienten (Zentralisierte Heimdialyse)
  - ..... Patienten (Heimdialyse)
  - ..... Patienten (Peritonealdialyse) IPD  CAPD / CCPD

Die Dialysebehandlungen (Zentrumsdialysen, Zentralisierte Heimdialysen) werden ausschließlich in meiner/unsere o.g. Einrichtung durchgeführt.

Dialysebehandlungen (Zentralisierte Heimdialysen) werden von mir/uns auch außerhalb der o.g. Einrichtung durchgeführt:

1. Adresse: .....

Patientenzahl: .....

2. Adresse: .....

Patientenzahl: .....

3. Adresse: .....

Patientenzahl: .....

Gemäß § 5 Abs. 5 der o.g. Vereinbarung gewährleiste/n ich/wir und kann/können der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachweisen, dass ich/wir bei der Durchführung von Dialysen als „Zentralisierte Heimdialysen“ bei Komplikationen und Zwischenfällen innerhalb von 30 Minuten und bei lebensbedrohlichen Komplikationen und Zwischenfällen ggf. auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar zur Verfügung stehe/n bzw. steht.



**B APPARATIVE VORAUSSETZUNGEN** (Anlagen 1 und 2)

Dialyse-Plätze (extrakorporale Blutreinigungsverfahren):

Anzahl Einrichtung: .....

Anzahl örtlich getrennte Betriebsstätte/n: .....

.....

.....

Dialyse-Geräte (extrakorporale Blutreinigungsverfahren):  
(gemäß § 6 Nr. 1 der o.g. Vereinbarung)

Anzahl Einrichtung: .....

Anzahl örtlich getrennte Betriebsstätte/n: .....

.....

.....

Der/die Geräte-Nachweis/e ist/sind beigelegt.

Der/die Geräte-Nachweis/e wird/werden nachgereicht.

Der/die Geräte-Nachweis/e liegt/liegen der KV Berlin bereits vor.

Umkehrosmose:  
(gemäß § 6 Nr. 2 der o.g. Vereinbarung)

Anzahl Einrichtung: .....

Anzahl örtlich getrennte Betriebsstätte/n: .....

.....

.....

Der/die Geräte-Nachweis/e ist/sind beigelegt.

Der/die Geräte-Nachweis/e wird/werden nachgereicht.

Der/die Geräte-Nachweis/e liegt/liegen der KV Berlin bereits vor.

**Mindestausstattung zur Behandlung von Notfällen**  
(gemäß § 6 Nr. 3 der o.g. Vereinbarung)

Ich/Wir versichere/n, dass ich/wir zur Behandlung von Notfällen als Mindestausstattung in meiner/unsere/r Einrichtung vorhalte/n:

- Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel) Ja  Nein
- Absaugvorrichtung Ja  Nein
- Sauerstoffversorgung Ja  Nein
- Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop Ja  Nein
- Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für die Hämoglobin- oder Hämatokritbestimmung Ja  Nein



⇒ Gerätetyp zur Elektrolytbestimmung: .....

Gerätehersteller: .....

⇒ Gerätetyp zur Hämoglobin- oder Hämatokritbestimmung:

.....

Gerätehersteller: .....

⇒ Gerätetyp zur Bestimmung des Säure-Basen-Haushaltes:

.....

Gerätehersteller: .....



**ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Mir/Uns ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

**Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sämtliche Bestimmungen der Anlage 9.1 der Bundesmantelverträge, der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren sowie der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse einzuhalten und somit auch u.a. jede personelle, organisatorische und apparative Veränderung mitzuteilen.**

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Dialyse-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gemäß § 7 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gemäß der Vereinbarung entsprechen.

Hiermit erkläre/n ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Dialyse-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gemäß § 9 Abs. 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse Praxisbegehungen durchführen darf.

**Ich/Wir versichere/n die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, .....

.....  
Praxisstempel

.....

.....

.....

.....

.....  
Unterschrift/en

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung