

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-567  
Fax: 030 / 31 003-50730

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: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

Vorname: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

Vorname: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

Vorname: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

Vorname: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

Vorname: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

Vorname: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

Vorname: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(Leistungserbringer)

Vorname: \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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, Hämofiltration, Hämodiafiltration)

- |                            |                             |                               |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| als ZENTRUMSDIALYSE        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ZENTRALISIERTE HEIMDIALYSE | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| HEIMDIALYSE                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Peritonealdialysen

- |             |                             |                               |
|-------------|-----------------------------|-------------------------------|
| IPD         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| CAPD / CCPD | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

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:

Dialyseverfahren

Dialyseeinrichtung

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  Nein

Bei Kindern  Ja  Nein

durchgeführt.

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

**1. Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**2. Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**3. Name:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

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

1. Adresse: \_\_\_\_\_

Patientenanzahl: \_\_\_\_\_

2. Adresse: \_\_\_\_\_

Patientenanzahl: \_\_\_\_\_

3. Adresse: \_\_\_\_\_

Patientenanzahl: \_\_\_\_\_

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/unserer Einrichtung vorhalte/n:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| • Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Absaugvorrichtung  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Sauerstoffversorgung   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für die Hämoglobin- oder Hämatokritbestimmung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> 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.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/en

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiter der Einrichtung