



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-567
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten im Zusammenwirken mit einem nichtärztlichen Vertragspartner

nach §§ 126 Abs. 3 SGB V i. V. m. 127 SGB V gemäß §§ 13, 15 Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen (BMV-Ä) i. V. m. der Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

Name, Vorname des Antragstellers <small>(Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, ermächtigte Einrichtung, Bevollmächtigte)</small> <hr/>	Betriebsstättennummer (BSNR) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																																																		
Namen, Vornamen der Leistungserbringer <small>(sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt)</small> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> 	Lebenslange Arztnummer (LANR) <small>(sofern vorhanden)</small> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																																																		
Name des nichtärztlichen Vertragspartners <hr/>	Betriebsstättennummer (BSNR) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																																																		
Name des Landesverbandes der Krankenkasse: <hr/>																																																			

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Übernahme des Versorgungsauftrages gemäß der Anlage 9.1 BMV-Ä

- § 3 Absatz 3 Buchstabe a
- § 3 Absatz 3 Buchstabe e

Leistungsort

- Die Dialysebehandlungen (Zentrumsdialyse, Zentralisierte Heimdialyse) werden ausschließlich in der Betriebsstätte durchgeführt **und/oder**
- Die Dialysebehandlungen werden konsiliarisch an anderen Standorten durchgeführt.

Adresse

Adresse

Adresse

- Die Dialysebehandlungen (Zentralisierte Heimdialyse) werden auch in der Nebenbetriebsstätte durchgeführt. Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR):

Adresse

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

Adresse

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

Adresse

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

- ausgelagerter Praxisraum gem. § 24 Absatz 5 Ä-ZV
- Zweigpraxis gem. § 24 Absatz 3 Ä-ZV
 - Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 - Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt

Bei weiteren Leistungsorten fügen Sie bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Fachliche Voraussetzungen gemäß §§ 4, 5 Absatz 7c Nr. 2 QS-Vereinbarung

- Es wird bestätigt, dass die fachlichen Voraussetzungen erfüllt sind.



Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5 QS-Vereinbarung			
Dialyseverfahren	Dialyseform	Gewährleistung durch	
		Praxis/Einrichtung	Kooperation*
<input type="checkbox"/> Extrakorporale Blutreinigungsverfahren (Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration) <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> Zentrumsdialyse <input type="checkbox"/> Zentralisierte Heimdialyse <input type="checkbox"/> Heimdialyse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Peritonealdialysen <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/> IPD / APD <input type="checkbox"/> CAPD / CCPD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Dialyse von Kindern

Es wird die Gewährleistung einer pädiatrischen Betreuung bestätigt.

Name der Fachkraft

Name der Fachkraft

Es wird die Gewährleistung einer psychosozialen Betreuung bestätigt.

Name der Fachkraft

*Kooperationsvertrag mit benachbarten Dialysepraxen bzw. eine schriftliche Bestätigung des Kooperationspartners unter Angabe des Namens, Adresse, Dialyseverfahrens/Dialyseform ist beigefügt. Kooperationen können nur mit Vertragsärzten (zugelassene Ärzte, MVZ, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen) im Rahmen der Niederlassung eingegangen werden.

Es wird die Kooperation mit einem Transplantationszentrum bestätigt.

Name und Adresse

Name und Adresse

Name und Adresse

Es wird gewährleistet, dass bei der Durchführung von Dialysen als „Zentralisierte Heimdialyse“ bei Komplikationen und Zwischenfällen innerhalb von 30 Minuten und bei lebensbedrohlichen Komplikationen und Zwischenfällen ggf. auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar zur Verfügung steht.



Apparative Voraussetzungen gemäß § 6 QS-Vereinbarung		
Dialyse-Geräte-Plätze (Extrakorporale Blutreinigungsverfahren)		
Ort	Anzahl Geräte	Anzahl Dialyse-Plätze
Betriebsstätte		
Nebenbetriebsstätte - NBSNR		
<input type="checkbox"/> Der jeweilige Gerätenachweis ist beigelegt. (Formular: Anlage 1) <input type="checkbox"/> Der jeweilige Gerätenachweis liegt der KV Berlin bereits vor.		
Umkehrosmose		
Ort	Anzahl der Geräte	
Betriebsstätte		
Nebenbetriebsstätte - NBSNR		
<input type="checkbox"/> Der jeweilige Gerätenachweis ist beigelegt. (Formular: Anlage 2) <input type="checkbox"/> Der jeweilige Gerätenachweis liegt der KV Berlin bereits vor.		
Mindestausstattung zur Behandlung von Notfällen wird vorgehalten		
<input type="checkbox"/> Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel) <input type="checkbox"/> Absaugvorrichtung <input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung <input type="checkbox"/> Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop <input type="checkbox"/> Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für die Hämoglobin- oder Hämotokritbestimmung		
Gerät zur Bestimmung	Gerätetyp	Gerätehersteller
Elektrolyt		
Hämoglobin- oder Hämotokrit		
Säure-Basen-Haushalt		



Bestätigung der Voraussetzungen nach §§ 13, 15 Anlage 9.1 BMV-Ä

- Dem Antrag wird der Vertrag nach § 126 Abs. 3 SGB V als Nachweis beigelegt.
- Es wird bestätigt, dass die in § 15 Anlage 9.1 BMV-Ä festgelegten Voraussetzungen erfüllt sind:
 - Es wird bestätigt, dass die nichtärztlichen Leistungen der Dialyse ausschließlich nach Indikationsstellung in Abhängigkeit von den medizinischen Bedürfnissen des Patienten und nach den Prinzipien einer wirtschaftlichen, die Vorschriften der Qualitätssicherung beachtenden Leistungserbringung ausgewählt werden.
 - Es wird bestätigt, dass die ärztliche Dialysebehandlung in Abhängigkeit vom Dialyseverfahren persönlich erbracht wird. Bei Dialyseverfahren, welche die persönliche Anwesenheit während der Dialyse in der Regel nicht erfordern, ist jederzeit durch den Vertragsarzt die unverzügliche ärztliche Betreuung der Versicherten zu gewährleisten.
 - **Sofern** der zugelassene Leistungserbringer dem Vertragsarzt die Räumlichkeiten für die Durchführung der Hämodialyse als „Zentrumsdialyse“ zur Verfügung stellt, müssen sich diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV (in der Fassung vom 07. Juli 2017) in unmittelbarer räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz, d.h. im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex befinden.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den rechtlichen Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen und der Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift
ärztlicher Antragsteller

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift
nichtärztlicher Antragsteller

Unterschrift(en) Leistungserbringer (sofern abweichend vom Antragsteller):



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren entsprechen, wird erklärt. **Dieses Einverständnis ist eine Voraussetzung für die Genehmigungserteilung gemäß § 7 Abs. 3 Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren.**

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift
ärztlicher Antragsteller

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift
nichtärztlicher Antragsteller