

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

auf Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages für Blutreinigungsverfahren

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)
_____			_____
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)



Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

_____	_____	_____	_____
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

_____	_____
Fachgebiet	Schwerpunkt
Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:	

Datum TTMMJJJJ	

_____	_____
E-Mail	Telefon

Wohnanschrift:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

_____	_____	_____
Straße, Nr.	PLZ	Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/blutreinigungsverfahren

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

- | | | |
|--------------------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> | Dialyse (GOP 13602, 13610 – 13612) | {DLY2} |
| <input type="checkbox"/> | Dialyse Betreuung (GOP 13600 – 13601) | {DLY1} |
| <input type="checkbox"/> | Dialyse Kinder-Jugendmedizin (GOP 04562, 04564 – 04566) | {DLY3} |
| <input type="checkbox"/> | Dialyse Kinder Betreuung (GOP 04560 – 04561, 04563) | {DLY4} |

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 gem. § 8 in Kopie beifügen.

Organisatorische Anforderungen nach § 5

In der Einrichtung werden folgende Dialyseverfahren angeboten:

- Hämodialyse
- Peritonealdialyse

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



Ich kooperiere mit nachfolgend genannter Dialyseeinrichtung:

Name, Anschrift, Telefonnummer

Die Einrichtung verfügt über _____ Behandlungsplätze in der Hämodialyse.

Die Dialyseeinrichtung hat folgende Nebenbetriebsstätten (nach Orten):

Weitere Nebenbetriebsstätten bitte auf einem separaten Blatt angeben.

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

Name	Fachgebietsbezeichnung

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

Kinder

Erwachsene

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



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

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



Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

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 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

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 KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

Unterschrift

