

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf **Genehmigung zur Weiterführung des Versorgungsauftrages** nach Anlage 9.1 BMV-Ä  
(Dialyse) **nach Änderung des Dialysestandortes eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)**

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragsteller</b> (MVZ-Vertretungsberechtigter)	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<b>BSNR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> Ich bin für das MVZ _____ vertretungsberechtig	
Name des MVZ	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des MVZ	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Bisheriger weiterer Dialysestandort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
_____ Bisheriger weiterer Dialysestandort: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
Nachfolgend genannte <b>Ärzte verfügen bereits übers eine Genehmigung</b> zur Übernahme des Versorgungsauftrages für diesen Standort:	
<b>So genannter erster Arzt</b>	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<b>Zweiter Arzt</b>	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<b>Dritter/weiterer Arzt</b>	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	

<b>Vierter Arzt/weiterer Arzt</b>	Titel _____
Name _____,	Vorname _____
<b>Weiterer Arzt</b>	Titel _____
Name _____,	Vorname _____

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Übernahme des Versorgungsauftrages für die in § 3 Abs. 3 Buchstabe a) der Anlage 9.1 BMV-Ä definierten Patientengruppen **nach Änderung des Dialysestandortes** (nephrologische Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten – Leistungserbringung durch ein MVZ)

<b>Änderung des Dialysestandortes ab</b> _____	
tt.mm.jj	
<b>Bisheriger Dialysestandort</b>	
_____	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
_____	_____
E-Mail-Adresse	Telefonnummer
<b>Neuer Dialysestandort</b>	
_____	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	
_____	_____
E-Mail-Adresse	Telefonnummer

## 3. Angaben zur Organisation

<input type="checkbox"/>	Die angebotenen Dialyseverfahren und –formen, die nicht selbständig angeboten werden, sind durch <b>Kooperation/en mit der/den genannten benachbarten Dialysepraxis/en bzw. Dialyseeinrichtung/en</b> sichergestellt.
--------------------------	---

<b>3.1 Dialyseverfahren</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Extrakorporale Blutreinigungsverfahren</b>
<input type="checkbox"/>	durch das MVZ
<b>oder</b>	
<input type="checkbox"/>	durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung
_____	
Name und Adresse	
<input type="checkbox"/>	<b>Peritonealdialyse</b>
<input type="checkbox"/>	durch das MVZ
<b>oder</b>	
<input type="checkbox"/>	durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung
_____	
Name und Adresse	

**3.2 Dialyseformen**

- Zentrumsdialyse**  
 durch das MVZ  
**oder**  
 durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

- Zentralisierte Heimdialyse „Limited Care“**  
 durch das MVZ  
**oder**  
 durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

- Bei **Komplikationen und Zwischenfällen** steht ein für die Übernahme des Versorgungsauftrages genehmigter Arzt bzw. sein genannter qualifizierter Vertreter bei der „**Zentrumsdialyse**“ unmittelbar, bei der „**Zentralisierten Heimdialyse**“ innerhalb von 30 Minuten, - und bei lebensbedrohenden Komplikationen und Zwischenfällen auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar – am Dialysestandort zur Verfügung.

- Bei der „**Zentralisierten Heimdialyse**“ wird jeder Patient einmal pro Woche vom Dialysearzt persönlich beraten und beurteilt.

- Heimdialyse**  
 durch das MVZ  
**oder**  
 durch Kooperation mit benachbarter Praxis/Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

**3.3  Dialyse von Erwachsenen**

Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze \_\_\_\_\_, davon Plätze für infektiöse Patienten \_\_\_\_\_

- Kooperation mit Transplantationszentrum besteht

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

**3.4**  **Dialyse von Kindern**  
Gesamtzahl der hierfür vorgehaltenen Dialyseplätze \_\_\_\_\_ davon Plätze für infektiöse Patienten \_\_\_\_\_

Kooperation mit Transplantationszentrum für Kinder besteht

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

Das Vorhandensein einer pädiatrischen Fachkraft wird bestätigt.

Das Vorhandensein einer psychosozialen Fachkraft wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

**3.5** **Ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst**

Die geforderte ärztliche Präsenz (bei Zentrumsdialyse) sowie Rufbereitschaft (bei Zentralisierter Heimdialyse) wird – auch im **Urlaubs- und Krankheitsfall** – gewährleistet durch:

die nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren qualifizierten Ärzte der Einrichtung

**oder**

durch kooperative Tätigkeit mit folgender benachbarter Dialysepraxis / Dialyseeinrichtung / folgendem zur Durchführung **ambulanter Dialysen** ermächtigten Krankenhausarzt:

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst wird selbst vorgehalten

**oder**

der 24-stündige pflegerische Bereitschaftsdienst ist durch Kooperation mit folgender benachbarter Dialysepraxis / Dialyseeinrichtung / folgendem zur Durchführung **ambulanter Dialysen** ermächtigten Krankenhausarzt gewährleistet:

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse

**3.6** **Anzahl der vertragsärztlichen Patienten derzeit pro Jahr kontinuierlich in der Dialyse als Zentrumsdialyse / Zentralisierte Heimdialyse** (Berechnung nach § 5 Abs. 7 c)

Qualitätssicherungsvereinbarung)

bis 30 Patienten

31 – 100 Patienten

101 – 150 Patienten

151 – 200 Patienten


201 – 250 Patienten




Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KVB meinen Antrag mit den darin gemachten Angaben an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene zur Genehmigungserteilung weiterleitet.

Hiermit erkläre ich mich mit einer Überprüfung der organisatorischen und apparativen Voraussetzungen durch die Vorstandskommission für Blutreinigungsverfahren nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung einverstanden.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.


Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum


\_\_\_\_\_  
Unterschrift MVZ-Vertretungsberechtigter bzw.  
ärztlicher Leiter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**


\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

<b>Checkliste</b>	<b>Liegen der KVB bereits vor</b>	<b>Sind dem Antrag beigelegt</b>
1) zu 3.5 Schriftliche Bestätigung bzgl. ärztliche Präsenz / ärztlicher und pflegerischer Bereitschaftsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) zu 5 Kooperationsvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) zu 5 Schriftliche Mitteilung, dass die in §§ 14 bzw. 15 Anlage 9.1 BMV-Ä festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Nach § 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä sind die Versorgungsaufträge nach den Buchstaben a), d) und e) genehmigungspflichtig. Nach § 4 der Anlage 9.1 BMV-Ä bedarf die Übernahme des Versorgungsauftrages nach § 3 Abs. 3 Buchstabe a) durch zugelassene MVZ der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist im Einvernehmen mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene zu erteilen.

Das Umlaufverfahren zum Einholen der Stellungnahme beim jeweiligen Krankenkassenverband erfolgt, sobald der Antrag vollständig eingereicht wurde.

### **Zu Angaben zur Organisation**

Der Arzt oder die Einrichtung hat zu gewährleisten, dass für die Versorgung der Versicherten alle Dialyseverfahren und -formen nach § 1 der Anlage 9.1 BMV-Ä angeboten werden.

Für den Fall, dass der Arzt oder die Einrichtung nicht alle Verfahren und Formen selbst durchführen kann, sind diese Verfahren durch Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder anderen benachbarten Dialyseeinrichtungen sicherzustellen. Der Arzt oder die Einrichtung hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen, welche Dialyseverfahren und -formen von ihm selbst und welche in Kooperation mit anderen Dialysepraxen oder Dialyseeinrichtungen erbracht werden. Vgl. dazu § 5 Abs. 1 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren.

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte-ZV ist bei Bedarf unter <http://www.kvb.de/praxis/rechtsquellen/rechtsquellen-bund/grundlagen/> abrufbar.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren ist unter <http://www.kbv.de/rechtsquellen/2505.html> abrufbar.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz).

Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.