

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Blutreinigungsverfahren in einer Nebenbetriebsstätte**

Name _____

Anschrift der Hauptbetriebsstätte:

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Anschrift der Nebenbetriebsstätte:

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Entfernung zur Hauptbetriebsstätte (in km): _____

**Geplante Anzahl der insgesamt in der
Nebenbetriebsstätte tätigen Ärzte:** _____

Angaben zu weiteren Nebenbetriebsstätten:

Es existiert neben der geplanten Nebenbetriebsstätte eine weitere Nebenbetriebsstätte zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren:

ja **Anschrift:** _____

Telefon: _____

nein

Versorgungsauftrag gemäß § 3 Abs. 3 der Anlage 9.1 zu den Bundesmantel-verträgen

Ich beantrage für die geplante Nebenbetriebsstätte die Übernahme eines Versorgungsauftrages gemäß:

- § 3 Abs. 3a (Vertragsärzte – Ermächtigte Einrichtungen)
- § 3 Abs. 3e (Kinderärzte)

der Anlage 9.1 zu den Bundesmantelverträgen.

Anzahl der Dialysepatienten (Zentrumsdialyse, Zentralisierte Heimdialyse):

In der Dialysepraxis werden jährlich ca. _____ dialysepflichtige Patienten kontinuierlich behandelt.

Anzahl der Dialyseplätze gesamt:

	Ort:	Anzahl der Plätze:
in der Dialysepraxis:		
in der Nebenbetriebsstätte:		
in der Nebenbetriebsstätte		
in der Nebenbetriebsstätte		

Angabe der ärztlichen Tätigkeitszeiten in der Hauptbetriebsstätte:

Wochentag	von - bis	durch:
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der ärztlichen Tätigkeitszeiten in der geplanten Nebenbetriebsstätte:

Wochentag	von - bis	durch:
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der ärztlichen Tätigkeitszeiten in der ggf. schon vorhandenen Nebenbetriebsstätte:

Wochentag	von - bis	durch:
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Organisation in der Dialysepraxis/ Einrichtung

1. Folgende Dialyseverfahren führe ich selbst durch:

- Extrakorporale Blutreinigungsverfahren
- Peritonealdialysen

2. Folgende Dialyseverfahren werden in Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder anderen Dialyseeinrichtungen sichergestellt:

- Extrakorporale Blutreinigungsverfahren
- Peritonealdialysen

Wichtig:

Als schriftlichen Nachweis bitte das vorbereitete Formblatt zur Anlage 1 ausfüllen und dem Antragsformular beifügen!

3. Folgende Dialyseformen führe ich selbst durch:

- Zentrumsdialyse
- Zentralisierte Heimdialyse
- Heimdialyse

4. Folgende Dialyseformen werden in Kooperation mit benachbarten Dialysepraxen oder anderen Dialyseeinrichtungen sichergestellt:

- Zentrumsdialyse
- Zentralisierte Heimdialyse
- Heimdialyse

Dokumentation

In den Patientenunterlagen wird dokumentiert, welche Gründe zur Entscheidung über das durchzuführende Dialyseverfahren (extrakorporales Blutreinigungsverfahren oder peritoneales Blutreinigungsverfahren) geführt haben. Die Entscheidung wird in regelmäßigen Abständen geprüft und die Beurteilung dokumentiert.

- ja
 nein

Kooperation mit einem Transplantationszentrum für Erwachsene:

Ich kooperiere mit folgendem Transplantationszentrum:

Name: _____

Anschrift: _____

Ärztliche Präsenz- und Rufbereitschaft

Die ärztliche Präsenz sowie die Rufbereitschaft werden abhängig vom jeweiligen Dialyseverfahren auch im **Urlaubs- und Krankheitsfall** gewährleistet.

- ja
 nein

Pflegerischer Bereitschaftsdienst

- Ein eigener 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung ambulanter Notfalldialysen steht zur Verfügung.
- Ein eigener 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst zur Sicherstellung ambulanter Notfalldialysen steht nicht zur Verfügung. Es bestehen jedoch bindende Absprachen mit folgenden anderen benachbarten Dialysepraxen/-einrichtungen:

Name: _____

Anschrift: _____

Dialyseverfahren: _____

Wichtig:

Als schriftlichen Nachweis bitte das vorbereitete Formblatt zur Anlage 2 ausfüllen und dem Antragsformular beifügen!

Zentrumsdialyse

1. In den Patientenunterlagen wird in regelmäßigen Abständen dokumentiert, weshalb die Zentrumsdialyse geboten ist und die „Heimdialyse“ oder die „Zentralisierte Heimdialyse“ nicht durchgeführt werden kann.

- ja
 nein

2. Behandlungsplätze für die Hämodialyse bei Erwachsenen

- In der Dialysepraxis bzw. –einrichtung sind für die Hämodialyse bei Erwachsenen mindestens 10, nämlich _____ Behandlungsplätze vorhanden.
 In der Dialysepraxis bzw. –einrichtung sind für die Hämodialyse bei Erwachsenen mindestens 10, lediglich _____ Behandlungsplätze vorhanden.

3. In der Dialysepraxis/-einrichtung werden voraussichtlich:

ca. _____ Patienten pro Jahr kontinuierlich in der Zentrumsdialyse sowie Zentralisierten Heimdialyse behandelt.

Zentralisierte Heimdialyse

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

- ja
 nein
- In der „Zentralisierten Heimdialyse“ als Hämodialyse und/oder Peritonealdialyse werden nur Patienten behandelt, die aufgrund ihres Krankheitsbildes der „Zentrumsdialyse“ nicht bedürfen, aber aus personalen, sozialen oder organisatorischen Gründen nicht in der Lage sind, die „Heimdialyse“ durchzuführen.
- In der Dialysepraxis/-einrichtung wird sichergestellt, dass neben den pflegerischen Leistungen auch die notwendige ärztliche Betreuung erfolgt.
- Von mir wird eine Visite in der Einrichtung zur „Zentralisierten Heimdialyse“ dergestalt durchgeführt, dass ich jeden Patienten mindestens einmal pro Woche persönlich berate und betreue.
- Im Rahmen der Visite vergewissere ich mich, dass
- Die medizinische Indikation „Zentralisierte Heimdialyse“ bei allen Patienten weiterhin gegeben ist **und**
 - Die „Heimdialyse“ durch den jeweiligen Patienten weiterhin nicht gewährleistet werden kann.
- In den Patientenunterlagen wird dokumentiert, weshalb die „Heimdialyse“ nicht durchgeführt werden kann und die „Zentrumsdialyse“ nicht geboten ist.

Dialyse von Kindern

Anzahl der Dialyseplätze: _____

- Die pädiatrische und psychosoziale Betreuung der Kinder ist gewährleistet. Als entsprechende Fachkräfte der pädiatrischen und psychosozialen Betreuung stehen zur Verfügung:

Name	Qualifikation

Es besteht eine Kooperation mit einem **Transplantationszentrum für Kinder**:

- ja
 nein

Apparative Ausstattung gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

Name des Herstellers: _____

Name des/der Geräte/s: _____

Standort des/der Geräte/s: _____

Die verwendeten Geräte erfüllen folgende Mindestvoraussetzungen:

- Die Geräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet.
 Die Geräte ermöglichen eine Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren und den Einsatz von sowohl Acetat- als auch Bikarbonatdialysat.
 Das für die Herstellung von Dialysat benötigte Reinwasser wird mit folgendem Verfahren (mindestens einer Umkehrosmose) aufbereitet:

(schriftlichen Nachweis bitte als **Anlage 3** beifügen in Form einer sogenannten Gewährleistungsgarantie des medizinischen Geräteherstellers bzw vorab Kopien der entsprechenden Leistungsbeschreibung des Gerätes)

Zur Behandlung von Notfällen werden in der Dialysepraxis/-einrichtung vorgehalten:

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

Erklärungen

Ich versichere die Richtigkeit der in diesem Antrag und den dazugehörigen Anlagen gemachten Angaben. Änderungen werde ich unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitteilen.

Der diesem Antrag beigefügten Anlagen werden hiermit zum Bestandteil des Antrages erklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Dialyse-Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt eine Begehung der Dialysepraxis/-einrichtung zum Zweck der Überprüfung der organisatorischen und apparativen Gegebenheiten vornehmen kann.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte

Anlage 1 zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Blutreinigungsverfahren in einer Nebenbetriebsstätte

Kooperation mit anderen Dialysepraxen

(Bitte nur durch den Praxisinhaber bzw. einen Gemeinschaftspraxispartner auszufüllen!)

Extrakorporale Blutreinigungsverfahren

Name des Kooperationspartners: _____

Anschrift: _____

Peritonealdialyse

Name des Kooperationspartners: _____

Anschrift: _____

Name des Kooperationspartners: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum, BSNR

Stempel/ Unterschrift des Vertragsarztes

Stempel/ Unterschrift des Kooperationspartners

Anlage 2 zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Blutreinigungsverfahren in einer Nebenbetriebsstätte

Pflegerischer Bereitschaftsdienst

1. ja

Bereitschaftsdienst erfolgt durch folgende nichtärztliche Mitarbeiter:

Name	Qualifikation	Zeiten

2. nein

Es bestehen indes bindende Absprachen zur Übernahme von Notfällen mit folgenden benachbarten Dialysepraxen/-einrichtungen:

Name: _____

Anschrift: _____

Name	Qualifikation	Zeiten

Ort, Datum, BSNR

Stempel/ Unterschrift des Vertragsarztes

Stempel/ Unterschrift der kooperierenden Praxis/ Einrichtung