

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

**Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten
Kooperatives Zusammenwirken mit Leistungserbringer gemäß §§
13, 15 der Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)
(Vertragsarzt und nichtärztlicher Vertragspartner)**

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

Maria Kazantsidou
Melanie Majarian

Tel 069 24741-6522/-6675
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Der besonderen Versorgungsauftrag zur nephrologischen Betreuung von chronisch niereninsuffizienten Patienten nach § 3 Abs. 3 Buchstabe a) wird im Zusammenwirken mit dem Leistungserbringer gemäß §§ 13, 15 (Vertragsarzt und nichtärztlicher Vertragspartner) der Anlage 9.1 BMV-Ä ausgeführt bzw. fortgeführt:

Ja Nein

Name des nichtärztlichen Vertragspartners: _____

Der Vertrag nach § 126 Abs. 3 SGB V vom _____ wurde diesem Antrag als Nachweis beigelegt.

Der besondere Versorgungsauftrag nach Anlage 9.1 BMV-Ä für die kontinuierliche Betreuung von bis zu _____

wird übertragen bzw. verbleibt bei _____

Der besondere Versorgungsauftrag wird an den nachfolgenden Standorten ausgeführt:

BSNR _____ Straße, PLZ, Ort _____

N-BSNR _____ Straße, PLZ, Ort _____

N-BSNR _____ Straße, PLZ, Ort _____

Die geforderten Bedingungen für das kooperative Zusammenwirken nach § 13 bzw. § 15 der Anlage 9.1. BMV-Ä sind erfüllt. Als Nachweis wurden die Kooperationsverträge gemäß § 13 Abs. 2 der Anlage 9.1 BMV-Ä über das Zusammenwirken zwischen den Ärzten und dem nichtärztlichen Vertragspartner (nach §126 Abs. 3 SGB V) vorgelegt:

Ja Nein

Angaben der kooperierenden Vertragsärzte

Name, Vorname, Titel: _____ Kooperationsvertrag vom _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Funktion: _____

Name, Vorname, Titel: _____ Kooperationsvertrag vom _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Funktion: _____

Der besondere Versorgungsauftrag nach § 3 Abs. 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä wird durch die nachfolgend aufgeführten und in der Einrichtung tätigen Ärzte, deren fachliche Befähigung gemäß den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren nachgewiesen wurde, erfüllt:

Name, Vorname, Titel: _____ LANR _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Art der Tätigkeit:

- niedergelassener Vertragsarzt angestellter Arzt Nebentätigkeit Vertreter
- Krankenhausarzt stellv. Leitender Arzt Freiberuflich Honorarvertrag

Name, Vorname, Titel: _____ LANR _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Art der Tätigkeit:

- niedergelassener Vertragsarzt angestellter Arzt Nebentätigkeit Vertreter
 Krankenhausarzt stellv. Leitender Arzt Freiberuflich Honorarvertrag

Name, Vorname, Titel: _____ LANR _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Art der Tätigkeit:

- niedergelassener Vertragsarzt angestellter Arzt Nebentätigkeit Vertreter
 Krankenhausarzt stellv. Leitender Arzt Freiberuflich Honorarvertrag

Name, Vorname, Titel: _____ LANR _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Art der Tätigkeit:

- niedergelassener Vertragsarzt angestellter Arzt Nebentätigkeit Vertreter
 Krankenhausarzt stellv. Leitender Arzt Freiberuflich Honorarvertrag

Name, Vorname, Titel: _____ LANR _____

Facharztbezeichnung: _____ Arbeitszeit/Woche und Faktor _____

Art der Tätigkeit:

- niedergelassener Vertragsarzt angestellter Arzt Nebentätigkeit Vertreter

Krankenhausarzt
 stellv. Leitender Arzt
 Freiberuflich
 Honorarvertrag

Sofern die geforderten Zeugnisse bzw. Qualifikationsnachweise der KV Hessen nicht vorliegen, fügen Sie bitte diese in einfacher Kopie diesem Antrag bei.

Erklärungen und Hinweise

Mir ist bekannt dass,

- die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Dialyse-Kommission beauftragen kann, die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse gelten nur dann als erbracht, wenn ich mein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erkläre.
- bei Komplikationen und Zwischenfällen ein für die Übernahme des Versorgungsauftrages genehmigter Arzt bzw. sein unter Nr. 4 benannter 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 stehen muss.
- die Durchführung von Hämodialyse als „Zentrumsdialyse“ die persönliche Anwesenheit in der Praxis erfordert.
- ich sowohl für die Hauptpraxis wie für die Zweigpraxis eindeutig nachvollziehbare Dienstpläne hinsichtlich der Anwesenheit der Ärzte aufgestellt sein müssen. In den Dienstplänen ist anzugeben, welcher zur Dialysebehandlung gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren qualifizierte Arzt über welchen Zeitraum täglich in der Vertragsarztpraxis bzw. in der ausgelagerten Praxisstätte/ Zweigpraxis zur Verfügung steht. Zudem ist in den jeweiligen Patientenunterlagen zu dokumentieren, welcher Arzt den Patienten jeweils im Rahmen der Dialyse ärztlich betreut und behandelt hat. Die **Dienstpläne/ Patientenunterlagen/ Dialyseprotokolle** sind so aufzubewahren, dass sie der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf Anforderung jederzeit zur Verfügung gestellt werden können.
- im Rahmen der „Zentralisierten Heimdialyse“ jeder Patient mindestens einmal pro Woche vom Dialysearzt persönlich beraten und beurteilt werden muss. Dabei hat sich der Arzt zu vergewissern, dass die medizinische Indikation für die „Heimdialyse“ bei allen Patienten gegeben ist und diese durch den jeweiligen Patienten nach wie vor nicht gewährleistet werden kann. In den Patientenunterlagen sind die Gründe zu dokumentieren, weshalb die „Heimdialyse“ nicht durchgeführt werden kann und die „Zentrumsdialyse“ nicht geboten ist. Auf Anforderung der Kassenärztlichen Vereinigung ist durch die Vorlage der ggf. anonymisierten Dokumentation die Einhaltung der zuvor genannten Vorschriften nachzuweisen.
- ich als Genehmigungsinhaber verpflichtet bin, an den Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend den Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse teilzunehmen.
- eine Abrechnung von Dialysebehandlungen nur erfolgen darf, wenn diese gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse dokumentiert wurden.
- ich verpflichtet bin, jede Änderung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

- **Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.**
- **Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.**

Ort, Datum	Unterschrift des verantwortlichen Institut / nichtärztlicher Vertragspartner	Stempel
------------	--	---------

Ort, Datum	Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters (Institut/Klinik/Krankenhaus)	Stempel
------------	---	---------

Nachfolgende Nachweise sind dem Antrag ausgefüllt und unterschrieben beizufügen:

- Anlage 1 zum Antrag „Technischen Datenbogen / Gewährleistungsgarantie“.
- Anlage 2 zum Antrag „Erklärung zur Kooperation mit einem Transplantationszentrum“.
- Anlage 3 zum Antrag „Erklärung zur ärztlichen Präsenz und zum pflegerischen Bereitschaftsdienst“.

Stand 04.11.2019