

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**KV** HESSEN  
KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## Dialyse

### Antrag auf Genehmigung zur Durchführung des besonderen Versorgungsauftrages in einer Zweigpraxis/ ausgelagerten Praxisstätte nach § 4 Abs. 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä i. V. m. Anhang 9.1.5 und der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

*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.*

Qualitätssicherung Team 1

Anna Wandrei

Tel 069 24741-6094  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.3@kvhessen.de

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

### Für nachfolgende Ärzte wurde die Übernahme des Versorgungsauftrages bereits genehmigt:

Name erster Arzt: \_\_\_\_\_

Name zweiter Arzt: \_\_\_\_\_

Name dritter Arzt: \_\_\_\_\_

Name vierter Arzt: \_\_\_\_\_

Name weiterer Arzt: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Angaben

Antragsteller \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

### Beginn der Tätigkeit an der ausgelagerten Praxisstätte/ Zweigpraxis:

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Anschrift der Zweigpraxis/ ausgelagerten Praxisstätte

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Es handelt sich um eine Verlegung einer bereits genehmigten Zweigpraxis/ ausgelagerten Praxisstätte:

ja  nein

bisherige Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Entfernung des beantragten Standortes zur Hauptpraxis:

Fahrstrecke (in km) \_\_\_\_\_ Fahrzeit (in Minuten) \_\_\_\_\_

Die geplante Zweigpraxis/ ausgelagerte Praxisstätte liegt in der Versorgungsregion der bestehenden Dialysepraxis:

ja  nein

#### Genehmigungsvoraussetzungen

- Die räumlichen Gegebenheiten in der Praxis reichen zur Durchführung der Hämodialyse für die zum Zeitpunkt der Antragstellung zu versorgenden Patienten nicht aus.
- Die wohnortnahe Versorgung der zum Zeitpunkt der Antragstellung mit Verfahren der Hämodialyse behandelten Patienten wird durch die projektierte Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisstätte verbessert.

**WICHTIG: Eine ergänzende, formlose Begründung von allen Praxismitgliedern unterschrieben ist diesem Antrag beizufügen!**

Folgende Dialyseverfahren und –formen sollen zukünftig in der ausgelagerten Praxisstätte/ Zweigpraxis durchgeführt werden:

Dialyseverfahren:

Dialyseformen:

Hämodialyse

Zentrumsdialyse

Peritonealdialyse

Zentralisierte Heimdialyse

Heimdialyse

Anzahl der geplanten Dialysebehandlungsplätze in der ausgelagerten Praxisstätte/ Zweigpraxis: \_\_\_\_\_

Anzahl der Dialysebehandlungsplätze in der Hauptpraxis: \_\_\_\_\_

Derzeitige Patientenzahl (nur Hämodialyse) in der Hauptpraxis: \_\_\_\_\_

## Sonstige Anforderungen

### Apparative Ausstattung:

(gemäß § 6 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

Folgende Anforderungen an die apparative Ausstattung sind zu erfüllen:

1. Als Mindestanforderung müssen Hämodialysegeräte mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet sein sowie eine Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren und den Einsatz von sowohl Acetat- als auch Bikarbonatdialysat ermöglichen.
2. Das für die Herstellung von Dialysat benötigte Reinwasser muss mindestens mit einer Umkehrosmose aufbereitet werden.
3. Zur Behandlung von Notfällen ist als Mindestausstattung in der Dialysepraxis oder-einrichtung vorzuhalten:
  - a) Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)
  - b) Absaugvorrichtung
  - c) Sauerstoffversorgung
  - d) Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop
  - e) Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für die Hämoglobin- oder Hämotokritbestimmung

Die unter Punkt 1 bis 3 aufgeführten Anforderungen an die apparative Ausstattung werden erfüllt.

ja                       nein

### Organisatorische Anforderungen:

(gemäß § 5 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

1. Für die Versorgung der Versicherten werden alle Dialyseverfahren (Hämodialysen und Peritonealdialysen) und Dialyseformen (Zentrumsdialyse, Zentralisierte Heimdialyse und Heimdialyse) angeboten.

ja                       nein

Folgende Dialyseverfahren bzw. Dialyseformen werden in der eigenen Praxis/Einrichtung (Hauptbetriebsstätte) erbracht:

Dialyseverfahren:

Hämodialyse

Peritonealdialyse

Dialyseformen:

Zentrumsdialyse

Zentralisierte Heimdialyse

Heimdialyse

Für den Fall, dass nicht alle Verfahren und Formen in der Dialysepraxis/ Dialyseeinrichtung durchgeführt werden, sind folgende Angaben erforderlich:

Folgende Dialyseverfahren bzw. Dialyseformen werden in Kooperation mit der benachbarten Dialysepraxis/ Dialyseeinrichtung erbracht:

Dialyseverfahren:

Hämodialyse

Peritonealdialyse

Dialyseformen:

Zentrumsdialyse

Zentralisierte Heimdialyse

Heimdialyse

Name und Anschrift der Dialysepraxis/Dialyseeinrichtung:

---

---

2. Bei der Dialyse von Erwachsenen besteht eine Kooperation mit einem Transplantationszentrum.

ja  nein

Name und Anschrift Transplantationszentrum:

---

---

3. Bei der Dialyse von Kindern ist die pädiatrische und psychosoziale Betreuung gewährleistet.

ja  nein

Name und Anschrift der Fachkräfte der pädiatrischen und psychosozialen Betreuung:

---

---

Besteht eine Kooperation mit einem Transplantationszentrum?

ja  nein

Name und Anschrift Transplantationszentrum:

---

---

4. Die ärztliche Präsenz während der gesamten Behandlung (Zentrumsdialyse) ist gewährleistet.

ja  nein

Die Rufbereitschaft außerhalb der Behandlungszeiten ist gewährleistet (7 Tage in der Woche).

ja  nein

Ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst ist gewährleistet.

ja  nein

Für den Fall, dass der eigene pflegerische Bereitschaftsdienst nicht sichergestellt werden kann, sind die nachfolgenden Angaben erforderlich:

Der pflegerische Bereitschaftsdienst wird durch Kooperation mit anderen benachbarten Dialysepraxen/ Dialyseeinrichtungen sichergestellt.

ja  nein

Kooperationspartner:

---

---

Die ärztliche Präsenz sowie die Rufbereitschaft sind auch im Urlaubs- und Krankheitsfall gewährleistet.

ja  nein

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

ja  nein

6. **Hinweis:** 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.

7. Bei Durchführung von Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“ und „Zentralisierte Heimdialyse“:

Werden bereits Leistungen der Dialyse in genehmigter/genehmigten, örtlich getrennter/getrennten Betriebsstätte/n durchgeführt?

ja  nein

Vollständige Anschrift der örtlich getrennten Betriebsstätte(n):

BSNR: \_\_\_\_\_ Behandlungsplätze: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_ Behandlungsplätze: \_\_\_\_\_

BSNR: \_\_\_\_\_ Behandlungsplätze: \_\_\_\_\_

Welche Dialyseverfahren bzw. Dialyseformen werden in der/den bereits genehmigten, örtlich getrennten Betriebsstätte(n) erbracht?

BSNR: \_\_\_\_\_

Dialyseverfahren:

Dialyseformen:

Hämodialyse

Zentrumsdialyse

Peritonealdialyse

Zentralisierte Heimdialyse

Heimdialyse

BSNR: \_\_\_\_\_

Dialyseverfahren:

Dialyseformen:

Hämodialyse

Zentrumsdialyse

Peritonealdialyse

Zentralisierte Heimdialyse

Heimdialyse

BSNR: \_\_\_\_\_

Dialyseverfahren:

Dialyseformen:

Hämodialyse

Zentrumsdialyse

Peritonealdialyse

Zentralisierte Heimdialyse

Heimdialyse

Angabe der Dialysezeiten in der Hauptbetriebsstätte, BSNR: \_\_\_\_\_

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der Dialysezeiten in der **vorhandenen** Nebenbetriebsstätte, BSNR: \_\_\_\_\_

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der Dialysezeiten in der **vorhandenen** Nebenbetriebsstätte, BSNR: \_\_\_\_\_

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

Angabe der Dialysezeiten in der **vorhandenen** Nebenbetriebsstätte, BSNR: \_\_\_\_\_

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		



Angabe der Dialysezeiten in der **geplanten** Nebenbetriebsstätte

Wochentag	von – bis (Uhrzeit)	verantwortlicher Arzt
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

8. Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung wird ausschließlich durch den Antragsteller genutzt:

ja                       nein

Falls nein, Name und Anschrift der Dialysepraxis/ Einrichtung:

---



---

#### Zusammenwirken mit ermächtigten Leistungserbringern

(gem. §§ 13 – 15 ff. Anlage 9.1 BMV-Ä)

Zusammenwirken mit ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtung

oder

Zusammenwirken mit nach § 126 Abs. 5 SGB V zugelassener Einrichtung

ist gegeben seit: \_\_\_\_\_

ist geplant zum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Einrichtung:

---



---

Kooperationsvertrag nach Anlage 9.1 BMV-Ä liegt bei

oder

schriftliche Mitteilung, dass die in §§ 14 bzw. 15 Anlage 9.1 BMV-Ä festgelegten Voraussetzungen erfüllt werden, liegt bei

### Erklärungen und Hinweise

Mir ist bekannt dass,

- die Kassenärztliche Vereinigung 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 bin mir bewusst, dass 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.**

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

.....  
Unterschrift des zweiten Arztes

.....  
Unterschrift des dritten Arztes

.....  
Unterschrift des vierten Arztes

.....  
Unterschrift weiterer Ärzte

Stand: August 2024

Seite 11 von 11

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung des besonderen Versorgungsauftrages in einer Zweigpraxis/ ausgelagerten Praxisstätte nach § 4 Abs. 3 der Anlage 9.1 BMV-Ä i.V. m. Anhang 9.1.5 und der QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren

**WIR SORGEN  
FÜR GESUNDHEIT**