

| |
|-------------|
| Arztstempel |
|-------------|

Antrag auf Genehmigung einer stationären nephrologischen Schwerpunkteinrichtung nach § 11a Anlage 9.1 BMV-Ä

Allgemeine Hinweise:

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der stationären nephrologischen Schwerpunkteinrichtung

| |
|--|
| |
|--|

Anschrift

| |
|--|
| |
| |

Folgende Anforderungen des Anhanges 9.1.4 zur Anlage 9.1 BMV-Ä an eine stationäre nephrologische Schwerpunkteinrichtung werden erfüllt:

- Stationäre Diagnostik und Behandlung von Nieren- und Hochdruckerkrankungen
- Therapie schwerwiegender Nierenerkrankungen wie z.B. akutes Nierenversagen einschl. intensivmedizinischer Behandlung
- Bereitstellung aller Verfahren der Häm- und Peritonealdialyse

- Verpflichtung zur Übernahme folgender Versorgungsaufgaben für chronisch niereninsuffiziente Patienten anderer Dialysepraxen und -einrichtungen in der Region.
 - Vorhalten einer Auffangdialyse bei kompliziertem Dialyseverlauf und interkurrenten Erkrankungen
 - Ausbildung von Patienten und deren Angehörigen für die Heimdialyse (Hämo- und Peritonealdialyse)
 - Versorgung infektiöser Dialysepatienten
 - Anlage von Dialysezugängen (arteriovenöse Shunts, Gefäßprothesen, permanente Venen Katheter, Peritoneal-Katheter u.a.) in enger Kooperation mit erfahrenen Operateuren und ausreichender Präsenz für Notfälle
 - Betreuung von Patienten vor und nach einer Nierentransplantation in enger Kooperation mit einem Transplantationszentrum, Möglichkeiten der Behandlung von Komplikationen und Nachsorge

- Befugnis zur vollen Weiterbildung (36 Monate) nach der Weiterbildungsordnung, ggf. in Kooperation mit der zuständigen Ärztekammer für den Schwerpunkt Nephrologie sowie Ausbildung von Fachpflegekräften. **Nachweis bitte beifügen.**

Personelle Anforderungen

- Mindestens 2 Fachärzte für Nephrologie und mindestens 1 Weiterbildungsassistent (weitere Angaben zum med. Personal werden weiter unten im Formular benötigt)

Organisatorische Anforderungen

- Vorhalten einer 24 Stunden / 7 Tage der Woche Rufbereitschaft (nephrologisch)
- Vorhalten einer Intensivstation im Krankenhaus (muss nicht nephrologisch geleitet sein)

Qualifikatorische Anforderungen (jeweils pro Jahr)

Diese Anforderungen werden durch die Kassenärztliche Vereinigung jährlich überprüft

- 400 stationäre nephrologische Fälle
- 50 Hämodialysekatheteranlagen (getunnelt oder nicht-getunnelt) pro Jahr, davon können 50% auch zentrale Venenverweilkatheter sein
- 12 Nierenbiopsien
- 500 Nierensonographien

- 100 sonographische Shuntuntersuchungen, davon mindestens 50 duplexsonographische Untersuchungen
- mindestens 5 stationäre PD-Fälle
- Behandlung von mindestens 20 Fällen von akutem Nierenversagen mit Dialysepflichtigkeit
- mindestens 1.125 vollstationäre Dialysebehandlungen bzw. Behandlungstage pro Jahr

Leistungen des Anhangs 9.1.3 zur Anlage 9.1 BMV-Ä zur Erfüllung genehmigungspflichtiger Versorgungsaufträge nach § 9 Abs. 5, Abschnitt 3, Anlage 9.1 BMV-Ä

- Die in Anhang 9.1.3., Abs. 1, Nummer 1 bzw. Nummer 2 gelisteten Leistungen werden in der Schwerpunkteinrichtung vorgehalten.

Hinweis: Für Leistungen, die einem Genehmigungsvorbehalt unterliegen, sind die entsprechenden Genehmigungsbescheide der KVH, beizufügen.

Angaben zum medizinischen Personal

In der Einrichtung tätige Fachärzte für Nephrologie (min. 2 Ärzte):
(Facharzturkunde ist beizufügen)

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

In der Einrichtung tätige Weiterbildungsassistenten (min. 1 WB-Assistent):
(Approbationsturkunde ist beizufügen)

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Änderungen beim ärztlichen Personal sind der KV Hamburg unverzüglich anzuzeigen.

Fortbildung

Jeder **Arzt** oder **Psychotherapeut**, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, ist **gesetzlich verpflichtet**, innerhalb von fünf Jahren mindestens 250 Fortbildungspunkte bei der KV **nachzuweisen**. Wer den vollständigen Nachweis nicht erbringt, muss mit Sanktionen in Form von Honorarkürzungen bis hin zum Zulassungsentzug rechnen.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
BIC: DAAEDEDXXX
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

Hinweis: Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller