

Arztstempel
-------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Dialyse)

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt

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 Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte


### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Ermächtigter Arzt    Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg ([arztregister@kvhh.de](mailto:arztregister@kvhh.de)) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

### Fachliche Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Innere Medizin
- Ich bin Facharzt Innere Medizin und Nephrologie
- Ich bin Facharzt für Kinderheilkunde
- Ich führe die Schwerpunkt- bzw. Gebietbezeichnung Nephrologie

Wir weisen darauf hin, dass für Fachärzte für Innere Medizin **ohne** Schwerpunktbezeichnung Nephrologie zur Teilnahme an dieser Vereinbarung grundsätzlich die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich ist

### Nur für Kinderärzte:

- Ich erkläre, dass ich mindestens 1000 Dialysen, davon mindestens 250 Hämodialysen und mindestens 250 Peritonealdialysen selbständig durchgeführt habe
- Ich bestätige, dass ich unter Anleitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes mindestens 24 Monate in der pädiatrischen Nephrologie und mindestens 12 Monate in der Dialyse tätig war.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Wir weisen darauf hin, dass für Fachärzte für Kinderheilkunde zur Teilnahme an dieser Vereinbarung grundsätzlich die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich ist.

## Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich erkläre, dass ich die in § 6 der Vereinbarung genannten Voraussetzungen bezüglich der apparativen Ausstattung erfülle.

### Organisatorische Anforderungen

Es werden folgende Dialyseverfahren angeboten:

- Zentrumdialyse
- Heimdialyse
- Zentralisierte Heimdialyse

Die zentralisierte Heimdialyse wird in folgenden Räumen durchgeführt:  
(Bitte vollständige Adresse angeben)

---

---

Pro Jahr werden in dieser Einrichtung

- bis zu 30 Patienten
- bis zu 100 Patienten
- bis zu \_\_\_\_\_ Patienten

kontinuierlich in der Zentrumsdialyse oder zentralisierten Heimdialyse behandelt (Hämodialyse und Peritonealdialyse).

Folgende Dialyseverfahren werden in Kooperation durchgeführt:

---

Es besteht eine Kooperation mit folgende Dialysepraxis:

---

Es besteht eine Kooperation mit folgendem Transplantationszentrum:

Für Kinder:

---

Für Erwachsene:

---

Für die pädiatrische und psychosoziale Betreuung von Kindern stehen folgende Fachkräfte zur Verfügung:

---

Für die Hämodialyse als Zentrumsdialyse von Erwachsenen stehen \_\_\_\_\_ Behandlungsplätze zur Verfügung.

**Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:**

→ ständige Rufbereitschaft sowie ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst

oder

→ Absprachen mit folgender Dialysepraxis zur Übernahme von Notfällen:

---

→ Persönliche Verfügbarkeit im Falle einer med. Komplikation bei der LC-Dialyse **innerhalb von 30 Minuten.**

→ Der notärztliche Rettungsdienst steht bei lebensgefährlichen Komplikationen unmittelbar zur Verfügung.

→ Persönliche Beratung und Beurteilung von LC-Patienten einmal wöchentlich.

### **Qualifikationsnachweise**

Voraussetzungen

→ Eine Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrags zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten

### **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zuständige Dialysekommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren entsprechen.

### **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren)

## Gebühren

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

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
  
- 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 Verwaltungstätigkeit 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 die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 820.

## 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 Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- 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

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Angestellter**

## Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel