



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag
zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren
Entsprechend der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren vom 16. Juni 1997 gemäß § 135
SGB V

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigung

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen nach § 4

1. Die fachliche Befähigung gilt durch die Vorlage der Urkunde über die Berechtigung zum Führen der **Schwerpunktbezeichnung Nephrologie** als nachgewiesen (§ 4 Abs. 1).

2. Für Ärzte mit der Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinderheilkunde gilt die fachliche Befähigung als erfüllt, wenn folgende Voraussetzungen durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden (§ 4 Abs. 2):
 - a) 1.000 selbständig durchgeführte Dialysen unter Anleitung davon mindestens 250 Hämodialysen und mindestens 250 Peritonealdialysen
 - b) mindestens 24monatige ständige Tätigkeit in der pädiatrischen Nephrologie unter Anleitung
 - c) mindestens 12monatige ständige Tätigkeit in der Dialyse unter Anleitung

Hinweis: Die Anleitung muss durch einen zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung für das Gebiet Kinderheilkunde befugten Arzt erfolgen. Nach Erfüllung der Voraussetzungen a - c ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium gemäß § 9 Abs. 1 nachzuweisen.

III. Organisatorische Voraussetzungen (§ 5)

1. Folgende Dialyseverfahren werden angeboten. Sollten nicht alle Dialyseverfahren selbst angeboten werden, bitte den Kooperationspartner angeben (§ 5 Abs. 1).

	wird selbst angeboten	wird in Kooperation angeboten	Kooperationspartner angeboten
Extrakorporale Blut- reinigungsverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Peritonealdialysen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

2. Bei Dialyse von Erwachsenen besteht eine Kooperation mit folgendem Transplantationszentrum (§ 5 Abs. 2):

3. Werden Dialysen bei Kindern durchgeführt: Ja Nein

Wenn Ja:

Die entsprechenden Fachkräfte der pädiatrischen und psychosozialen Betreuung sowie das Transplantationszentrum sind namentlich zu benennen (§ 5 Abs. 3):

4. Die ärztliche Präsenz- bzw. Rufbereitschaft ist gewährleistet (§ 5 Abs. 4): Ja Nein
- a) durch einen 24stündigen pflegerischen Bereitschaftsdienst: Ja Nein
- b) durch bindende Absprachen mit folgender benachbarter Einrichtung: _____ Ja Nein
5. Bei der Durchführung von Zentralisierter Heimdialyse wird gewährleistet, das 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 (§ 5 Abs. 5): Ja Nein
6. Für die Hämodialyse von Erwachsenen stehen _____ Behandlungsplätze zur Verfügung (§ 5 Abs. 7b).
7. In der Dialysepraxis/Dialyseeinrichtung werden kontinuierlich pro Jahr _____ Patienten in der Dialyse als Zentrumsdialyse und Zentralisierter Heimdialyse behandelt.

IV. Apparative Ausstattung (§ 6)

- Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet und ermöglichen eine Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren und den Einsatz von sowohl Acetat- als auch Bikarbonatdialysat: Ja Nein

Angabe der Gerätetypen:

- Das für die Herstellung von Dialysat benötigte Reinwasser wird mindestens mit einer Umkehrosmose aufbereitet: Ja Nein

Zur Behandlung von Notfällen steht folgende Mindestausstattung zur Verfügung:

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

V. Erklärung

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Ich bin einverstanden, dass die Qualitätssicherungskommission "Dialyse" der KVBB entsprechend § 7 Absatz 3 der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren die organisatorischen und apparativen Voraussetzungen daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: **qs@kvbb.de**

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Unterschrift Ärztl. Leiter der
Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.