

Name, Vorname:

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH:

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR:

## Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Dialysebehandlungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<p><b>Leistungen</b></p>	<p><input type="checkbox"/> GOP 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612 EBM (ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie)</p> <p><input type="checkbox"/> GOP 04560, 04561, 04562, 04563, 04564, 04565, 04566, 04572, 04573 EBM (ausschließlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie)</p>
<p><b>Betriebsstätten</b></p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p><b>Fachliche Voraussetzungen</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ nach § 8 Abs. 1 der Vereinbarung <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Kinderheilkunde“ <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>Die fachliche Befähigung gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 8 Abs. 2 nachgewiesen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Selbstständige Durchführung von mindestens 1.000 Dialysen unter Anleitung, davon mindestens 250 Hämodialysen und mindestens 250 Peritonealdialysen.</li> <li>Mindestens 24monatige ständige Tätigkeit in der pädiatrischen Nephrologie unter Anleitung.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mindestens 12monatige ständige Tätigkeit in der Dialyse unter Anleitung. Diese Tätigkeitszeiten können auch während der Tätigkeitszeiten in der pädiatrischen Nephrologie (gemäß § 4 Abs. 2, Buchstabe b) abgeleistet werden.</li> <li>▪ Die Anleitung hat bei einem entsprechend zur Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung befugten Arzt für das Gebiet Kinderheilkunde stattzufinden.</li> <li>▪ Erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium gemäß § 9 Abs. 1 nach Erfüllung der vorgenannten Voraussetzungen.</li> </ul>																					
<b>Apparative Voraussetzungen</b>		<p><b>Anforderungen gemäß § 6</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung ausgestattet.</li> <li>▪ Es sind Dialysen mit High-Flux Dialysatoren möglich.</li> <li>▪ Die Verwendung von Acetatdialysat ist möglich.</li> <li>▪ Die Verwendung von Bikarbonatdialysat ist möglich.</li> <li>▪ Das benötigte Reinwasser für die Herstellung von Dialysat wird mit einer Umkehrosmose aufbereitet.</li> </ul> <p>Für die Behandlung von Notfällen wird folgendes vorgehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intubationsbesteck und Frischluftbeatmungsgerät (Beatmungsbeutel)</li> <li>▪ Absaugvorrichtung</li> <li>▪ Sauerstoffversorgung</li> <li>▪ Defibrillator mit Einkanal-EKG-Schreiber und Oszilloskop</li> <li>▪ Analysemöglichkeit für Elektrolyte in Serum und Dialysat sowie für Hämoglobin- oder Hämatokritbestimmung</li> </ul>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	ja	nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<b>Organisatorische Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Zentrumsdialyse</b> <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____ <input type="checkbox"/> <b>Heimdialyse</b> <input type="checkbox"/> in Kooperation mit Name: _____ Anschrift: _____	<p><b>Anforderungen gemäß § 1 und § 5</b></p>																					

**Zentralisierte Heimdialyse**

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

**Peritonealdialyse**

in Kooperation mit

Name:

Anschrift:

**Dialyse von Erwachsenen**

in Kooperation mit nachstehendem Transplantationszentrum

Name:

Anschrift:

**Kinderdialysen**

in Kooperation mit nachstehendem Transplantationszentrum für Kinder

Name:

Anschrift:

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

▪ Name:

Berufsbezeichnung:

Anschrift:

▪ Name:

Berufsbezeichnung:

Anschrift:

▪ Name:

Berufsbezeichnung:

Anschrift:

▪ Name:

Berufsbezeichnung:

Anschrift:

	<p><b>Anforderungen gemäß § 5 Abs. 4</b></p> <p><input type="checkbox"/> Die ärztliche Präsenz sowie Rufbereitschaft im Urlaubs- oder Krankheitsfall ist gewährleistet.</p> <p><input type="checkbox"/> Ein 24-stündiger pflegerischer Bereitschaftsdienst ist gewährleistet.</p> <p><b>Falls nein:</b> Es bestehen bindende Absprachen mit folgender/n Dialysepraxis/en bzw. Dialyseeinrichtung/en zur Übernahme von Notfällen:</p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p>	
	<p><b>Zentralisierte Heimdialyse gemäß § 5 Abs. 5</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bei der Durchführung von Dialysen als „Zentralisierte Heimdialyse“ ist gewährleistet, dass ich bei Komplikationen und Zwischenfällen innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung stehe.</p> <p>Bei lebensbedrohenden Komplikationen und Zwischenfällen steht auch der notärztliche Rettungsdienst unmittelbar zur Verfügung.</p>	
	<p><input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass in der Einrichtung jeder Patient mindestens einmal pro Woche persönlich von mir beraten und beurteilt wird.</p> <p><b>Dialysebehandlungen als „Zentrumsdialyse“ gemäß § 5 Abs. 7</b></p> <p>In meiner Dialysepraxis stehen für Erwachsene mindestens _____ Behandlungsplätze zur Verfügung.</p> <p>Es werden pro Jahr bei ca. _____ Patienten Dialysebehandlungen und ca. _____ Hämodialysebehandlungen durchgeführt.</p>	
<p><b>Hinweis zum Datenschutz</b></p>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>	
<p><b>Einverständnis zum Datenschutz</b></p>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>Zustimmung</b></p>	<p>Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein beauftragt werden kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.</p> <p>Ich bestätige, die Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren, sowie die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>

---

Ort, Datum

Praxisstempel

---

Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

---

Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

---

Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

---

Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt