

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/499027](http://www.kv-rlp.de/499027)

## ANTRAG

### zur nephrologischen Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten in Verbindung mit der Ermächtigung einer ärztlich geleiteten nephrologischen Schwerpunkteinrichtung

Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)  
Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<b>I. Die Ermächtigung nach § 11a) Anlage 9.1 BMV-Ä wird beantragt für</b>
--

.....  
Name Krankenhaus

.....  
Abteilung

.....  
Name, Vorname Ansprechpartner

.....  
Anschrift Krankenhaus, Straße Nr., PLZ Ort

.....  
Telefon, E-Mail

#### **Leistungserbringer:**

.....  
Name, Vorname ärztlicher Leiter, Facharztbezeichnung

.....  
Name, Vorname, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie (gemäß 9.1.4; Nr. 2)

.....  
Name, Vorname, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie (gemäß 9.1.4; Nr. 2)

.....  
Name, Vorname, Weiterbildungsassistent

## II. Hinweis

- Originale oder amtliche beglaubigte Facharzturkunden sind diesem Antrag beizufügen, sofern sie nicht im Arztregister hinterlegt sind.

## III. Nachweise der Anforderungen an eine stationäre nephrologische Schwerpunkteinrichtung nach Anhang 9.1.4 Anlage 9.1 BMV-Ä

- Die Bestätigung der Zertifizierung als nephrologische Schwerpunktabteilung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie liegt bei  
**oder**

Es wird versichert, dass folgende Anforderungen erfüllt sind:

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

## IV. Allgemeine Anforderungen zur Ermächtigungserteilung

- Die Schwerpunkteinrichtung muss nachweisen, dass innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren vor dem 1. Januar 2018 regelmäßig teilstationäre Dialyseleistungen erbracht und vergütet wurden gemäß Fußnote (L90b und L90c, Darstellung der DRG-Fallzahl + der Behandlungszahlen (Spalte 2 + Spalte 14)) gemäß Formular E1 der Anlage 1 KHEntgG - Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) nach § 11 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG).
- Können keine teilstationären Dialyseleistungen nachgewiesen werden, kann die Schwerpunkteinrichtung beantragen, als Schwerpunkteinrichtung ermächtigt zu werden, wenn in dieser Einrichtung ein angestellter Krankenhausarzt tätig ist, der auf Grund einer persönlichen Ermächtigung Hämodialysen nach Anlage 9.1 durchgeführt hat und über eine Weiterbildungsbefugnis von 36 Monaten verfügt.

## V. Verpflichtung Versorgungsaufgaben

Es wird versichert, dass die folgenden Versorgungsaufgaben für chronisch niereninsuffiziente Patienten anderer Dialysepraxen und -einrichtungen in der Region erfüllt sind:

- 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 (arterio-venöse 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 der zuständigen Ärztekammer für den Schwerpunkt Nephrologie sowie Ausbildung von Fachpflegekräften. **Nachweis** der Weiterbildungsbefugnis ist als Anlage beigefügt.

## VI. Organisatorische Anforderungen

- Vorhalten einer 24 Stunden / 7 Tage der Woche Rufbereitschaft (nephrologisch und pflegerisch)
- Vorhalten einer Intensivstation im Krankenhaus (muss nicht nephrologisch geleitet sein)
- Es besteht eine Kooperation mit folgendem Transplantationszentrum:

.....  
(Name, Anschrift)  
.....

Behandlungsplätze:

- Für die Hämodialyse bei Erwachsenen sind mind. zehn Behandlungsplätze vorhanden.

Anzahl: \_\_\_\_\_

## VII. Apparative Anforderungen

- Die Hämodialysegeräte sind mit einer Volumenbilanzierung, welche eine Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren und den Einsatz von sowohl Acetat- als auch Bikarbonatdialysat ermöglichen, ausgestattet.
- Das für die Herstellung von Dialysat benötigte Reinwasser wird mindestens mit einer Umkehrosmose aufbereitet.

Zur Notfallbehandlung werden folgende Geräte/Einrichtungen vorgehalten:

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

## VIII. Qualifikatorische Anforderungen (jeweils pro Jahr)

- 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
- Vorhalten der Möglichkeit der mikroskopischen Urinuntersuchung
- mindestens 5 stationäre PD-Fälle
- Behandlung von mindestens 20 Fällen von akutem Nierenversagen mit Dialysepflichtigkeit
- mindestens 1.125 vollstationäre Dialysebehandlungen bzw. Behandlungstage pro Jahr

## IX. Allgemeines

- Dialyseleistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Dialyse durch die KV RLP erteilt wurde.

## X. Erklärung

- Es wird gestattet, dass die Dialyse-Kommission die organisatorischen und apparativen Gegebenheiten daraufhin überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.
- Über alle Änderungen, welche die Erfüllung der in dieser Vereinbarung genannten Anforderungen betreffen, wird die Einrichtung informiert.
- Die in Anhang 9.1.3 genannten Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), werden vorgehalten.
- An einrichtungsübergreifenden (d.h. externen) Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung wird teilgenommen.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum	Name Vertretungsberechtigter des Krankenhauses	Unterschrift
-------	--	--------------

Datum	Name Ärztlicher Leiter	Unterschrift
-------	------------------------	--------------

Datum	Name Ärztlicher Leiter	Unterschrift
-------	------------------------	--------------