

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der GKV-Spitzenverband
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

**Änderung des Vertrages über die Versorgung chronisch niereninsuffizienter
Patienten
(Anlage 9.1 BMV-Ä)**

Artikel 1

1. In § 1 2. Spiegelstrich werden die Wörter „gemäß den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte“ durch die Wörter „gemäß § 37 Abs. 4 der Bedarfsplanungs-Richtlinie“ ersetzt.

2. § 2 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 1 Nummer 2 wird wie folgt gefasst:

„2. Patienten in Krankheitsstadien, welche ohne primär behandlungsbedürftige Nierenschädigung einer sofortigen Nierenersatztherapie bedürfen (z. B. Intoxikationen, kardiale Dekompensation, kardiorenales Syndrom)“

 - b) In Absatz 2 wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. Lebendspender im Rahmen der Transplantationsvorbereitung und -nachsorge“

3. § 3 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Für die nephrologische Versorgung von Kindern ist die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung Kinder-Nephrologie Voraussetzung, soweit in dieser Anlage oder in der Qualitätssicherungsvereinbarung nichts anderes bestimmt ist.“

 - b) In Absatz 3 werden die Aufzählungen wie folgt geändert:
 - a) *alle in § 2 Abs. 1 und 2 definierten Patientengruppen*
 - b) *alle in § 2 Abs. 2 definierten Patientengruppen ohne Dialyseversorgung*

- c) *die in § 2 Abs. 2 Nr. 1 definierte Patientengruppe zur Vorbeugung einer chronischen Niereninsuffizienz*
 - d) *die in § 2 Absatz 1 und Absatz 2 Nr. 3 bis 6 definierten Patientengruppen zur Dialysevorbereitung, Dialyseversorgung, Transplantationsvorbereitung und -nachsorge*
 - e) *die in § 2 Abs. 3 definierte Patientengruppe der Kinder*
- c) In Absatz 5 werden nach den Wörtern „ermächtigter Einrichtung sowie Vertragsarzt und“ die Wörter „einem Vertragspartner“ eingefügt.

4. § 4 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Nummer 2 werden die Wörter „betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen“ durch die Wörter „betriebsstättenbezogene Voraussetzungen“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 Nummer 3 werden die Wörter „betriebsstättenbezogenen Voraussetzungen“ durch die Wörter „betriebsstättenbezogene Voraussetzungen“ ersetzt.
- c) In Absatz 2 werden nach den Wörtern „eine Genehmigung oder Ermächtigung für eine Zweigpraxis“ die Wörter „oder ausgelagerte Praxisstätte“ eingefügt.

5. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 2 werden die Wörter „§§ 11 und 12“ durch die Wörter „§§ 11 und 11a“ ersetzt.
- b) In Satz 4 werden nach den Wörtern „§ 4 Abs. 3“ die Wörter „und 4“ eingefügt.
- c) Nach Satz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

„Persönliche Ermächtigungen nach den Bestimmungen der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV in der Fassung vom 7. Juli 2017) bleiben hiervon unberührt.“

6. In § 6 Absatz 1 Satz 6 werden nach den Wörtern „zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“ die Wörter „in der bis zum 31.12.2012 geltenden Fassung“ eingefügt.

7. § 8 wird wie folgt geändert:

a) In der Überschrift wird das Wort „Übergangsregelungen“ durch das Wort „Übergangsregelung“ ersetzt.

b) Absatz 1 wird gestrichen.

c) Die Nummerierung zum bisherigen Absatz 2 entfällt.

d) In Satz 1 werden die Wörter „nach Absatz 1“ gestrichen.

8. § 9 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Patienten können die ermächtigte Einrichtung unmittelbar in Anspruch nehmen; die Ermächtigung umfasst auch Überweisungen nach § 24 Abs. 3 BMV-Ä.“

9. In § 11 wird Absatz 3 gestrichen.

10. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

„§ 11a Ermächtigung von stationären ärztlich geleiteten nephrologischen Schwerpunkteinrichtungen

(1) Stationäre ärztlich geleitete nephrologische Schwerpunkteinrichtungen (nachfolgend ‚Schwerpunkteinrichtung‘ genannt) werden gemäß den nachfolgenden

Regelungen auf Antrag zur nephrologischen Versorgung der in § 2 definierten Patientengruppen im nachfolgend definierten begrenzten Umfang ermächtigt, wenn gegenüber dem Zulassungsausschuss nachgewiesen wird, dass die Anforderungen der Qualitätssicherungsregelungen nach § 1 und die Anforderungen gemäß Anhang 9.1.4 erfüllt sind. Voraussetzung ist, dass in der Schwerpunkteinrichtung innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren vor dem 1. Januar 2018 regelmäßig teilstationäre Dialyseleistungen erbracht und vergütet wurden. Der Antrag kann bis zum 31. Dezember 2027 gestellt werden.

Wurden in einer nephrologischen Schwerpunkteinrichtung innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren vor dem 1. Januar 2018 keine teilstationären Dialyseleistungen erbracht, kann diese Schwerpunkteinrichtung beantragen, als Schwerpunkteinrichtung nach dieser Vereinbarung 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.

(2) Die Ermächtigung dient einer qualifizierten Versorgung von chronisch niereninsuffizienten Patienten unter Einbeziehung der besonderen Strukturen in ärztlich geleiteten nephrologischen Schwerpunkteinrichtungen und der Förderung der Weiterbildung von Nephrologen durch Teilnahme an der ambulanten Versorgung. Der Umfang der Ermächtigung ist in Anhang 9.1.3 festgelegt. Die Ermächtigung wird für die Dauer von drei Jahren erteilt. Nach Ablauf dieser Frist wird bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Anhang 9.1.4 die Ermächtigung auf Antrag jeweils um weitere 3 Jahre verlängert. Der Ermächtigungsbescheid ist nach dem vereinbarten Muster (Anhang 9.1.7) auszustellen.

(3) Die Anzahl der Patienten, die von einer nephrologischen Schwerpunkteinrichtung im Rahmen dieser Ermächtigung betreut werden dürfen, umfasst

a. bis zu 45 kontinuierlich behandelte Patienten pro Quartal, davon bis zu 35 Patienten (ein Hämodialysepatient = 3 Dialysen x 13 Wochen = 39 Hämodialysen), die der Hämodialyse bedürfen und bis zu 10 Patienten, die mit der Peritonealdialyse versorgt werden (ein Peritonealdialysepatient = 7 Dialysen x 13 Wochen = 91 Peritonealdialysen).

Es können dann bis zu 15 Patienten mit Peritonealdialyse behandelt werden, wenn die Gesamtzahl von 45 Dialysepatienten nicht überschritten wird. Grundlage für die Ermittlung der Patientenzahl ist die Anzahl der jeweils durchgeführten Dialysen im Quartal.

Weiterhin teilstationär versorgte Dialyse-Patienten der Schwerpunkteinrichtung sind hierbei auf die Höchstzahl von 45 kontinuierlich behandelten Patienten anzurechnen. Rechnerisch entspricht eine teilstationär abgerechnete Dialysebehandlung dabei einer durchgeführten Einzeldialyse. Die Schwerpunkteinrichtung teilt zu diesem Zweck der Kassenärztlichen Vereinigung die Anzahl der abgerechneten teilstationären Dialysebehandlungen gemäß DRG-System quartalsweise mit¹

¹ (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))

b. bis zu 60 Behandlungsfälle gem. § 2 Abs. 2 pro Quartal

(4) Patienten können die Schwerpunkteinrichtung sowohl unmittelbar als auch durch Überweisung in Anspruch nehmen. Die Ermächtigung umfasst auch die Überweisung durch die Schwerpunkteinrichtung an andere Ärzte.

(5) Wurden in den letzten 4 Quartalen vor Antragstellung weniger als 35 Hämodialysepatienten teilstationär betreut, wird die Ermächtigung dafür auf die Zahl der tatsächlich teilstationär versorgten Hämodialysepatienten begrenzt. Liegt die Schwerpunkteinrichtung in der Versorgungsregion gemäß § 6 Abs. 1 eines Arztes oder einer ermächtigten Einrichtung mit Versorgungsauftrag, wird die Ermächtigung für Hämodialysen für das laufende Kalenderjahr auf Antrag maximal in dem Umfang erweitert, wie die durchschnittliche Zahl der Hämodialysepatienten in der Versorgungsregion im abgelaufenen Kalenderjahr zugenommen hat. Eine Überschreitung der Patientenzahl nach Absatz 3 a) ist dabei nicht zulässig.“

11. § 12 wird gestrichen und erhält den Status „unbesetzt“:

12. § 13 wird wie folgt geändert:

- a)** In Absatz 1 Satz 1 wird nach den Wörtern „*einer ermächtigten Einrichtung oder*“ das Wort „*einem*“ eingefügt.
- b)** In Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „*genannten Vertragspartner*“ gestrichen.

- c) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Die Genehmigung zur Übernahme dieses Versorgungsauftrages ist mit der Auflage zu erteilen, dass der Vertragsarzt mit der ermächtigten Einrichtung oder dem Vertragspartner gemäß § 126 Abs. 3 i. V. mit § 127 SGB V zusammenwirkt und die nachfolgenden Anforderungen erfüllt werden.“

- d) In Absatz 1 Nummer 1 werden nach den Wörtern *„und ermächtigter Einrichtung“* die Wörter *„oder einem Vertragspartner gemäß § 126 Abs. 3 i. V. mit § 127 SGB V“* eingefügt.

- e) Folgender Absatz 3 wird angefügt:

„(3) Werden die Auflagen nicht erfüllt, ist die Genehmigung zu widerrufen. Wird ein Vertrag zum Zusammenwirken zwischen ermächtigter Einrichtung und dem Vertragsarzt gekündigt, entfällt für den ausscheidenden Vertragsarzt der Versorgungsauftrag nach Absatz 1. Wird von diesem Vertragsarzt ein Antrag auf Übernahme eines Versorgungsauftrages nach § 4 gestellt, findet § 6 Anwendung.“

13. § 15 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Buchstabe c) werden nach den Wörtern *„§ 20 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Ärzte“* die Wörter *„(Ärzte-ZV in der Fassung vom 7. Juli 2017)“* eingefügt.

- b) In Absatz 1 Buchstabe d) Satz 3 werden nach den Wörtern *„Die Einrichtung“* die Wörter *„bzw. der Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 SGB V i. V. mit § 127 SGB V“* eingefügt.

- c) In Absatz 3 werden die Wörter *„dieser Einrichtungen“* durch die Wörter *„der Einrichtungen gemeinnütziger Träger“* ersetzt.

- d) In Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Höhe der Verwaltungskosten gilt auch für die nichtärztlichen Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 i. V. mit § 127 SGB V, die von ärztlich geleiteten gemeinnützigen Einrichtungen, die nach dieser Vereinbarung ermächtigt sind, abgerechnet werden.“

14. Anhang 9.1.1 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „*Bundesmantelvertrag*“ durch das Wort „*Bundesmantelvertrag-Ärzte*“ ersetzt.
- b) Im Beschluss in Nummer 2.1 und 2.2 werden die Wörter „*Bundesmantelvertrag*“ durch die Wörter „*BMV-Ä*“ ersetzt.
- c) Im Beschluss in Nummer 4. wird der 2. Spiegelstrich wie folgt gefasst:

„mit dem Wirksamwerden eines Verzichtes oder dem Wechsel des in Nr. 1 festgelegten Ortes.“

15. Anhang 9.1.2 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „*Bundesmantelvertrag*“ durch das Wort „*Bundesmantelvertrag-Ärzte*“ ersetzt.

- b)** Das Deckblatt zum (Muster-)Vertrag ändert sich wie folgt:

„Dieser Vertrag regelt das Zusammenwirken zwischen einem Vertragsarzt und einer ärztlich geleiteten Einrichtung und/oder Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 i.V.m. § 127 SGB V zur Durchführung eines Versorgungsauftrages zur nephrologischen Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten.

Zwischen

(vollständige Anschrift)

als ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder Vertragspartner nach § 126 Abs. 3 i.V.m. § 127 SGB V - im folgenden 'Einrichtung' genannt - und

(vollständige Anschrift)

im folgenden 'Vertragsarzt' genannt, wird folgender

Vertrag

geschlossen.“

- c)** In § 1 Absatz 1 werden nach den Wörtern „zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 9 oder § 10“ die Wörter „bzw. gemäß § 13 und § 15“ eingefügt.
- d)** In § 1 Absatz 1 wird das Wort „Bundesmantelvertrag“ durch das Wort „BMV-Ä“ ersetzt.

- e) In § 1 Absatz 2 werden nach den Wörtern „gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und führt“ die Wörter „im Falle des Zusammenwirkens mit einer ermächtigten, ärztlich geleiteten Einrichtung“ eingefügt.
- f) In § 1 Absatz 2 wird das Wort „Bundesmantelvertrag“ durch das Wort „BMV-Ä“ ersetzt.
- g) In § 1 Absatz 3 werden nach den Wörtern „gemäß §§ 13 u. 14“ die Wörter „bzw. §§ 13 und 15“ eingefügt.
- h) In § 1 Absatz 3 wird das Wort „Bundesmantelvertrag“ durch das Wort „BMV-Ä“ ersetzt.
- i) In § 2 Absatz 3 werden nach den Wörtern „der Einrichtung erfolgt freiberuflich“ die Wörter „zur Erfüllung seines eigenen Versorgungsauftrages nach § 3 Abs. 3 Buchstabe a oder b der Anlage 9.1“ eingefügt.

16. Anhang 9.1.3 wird wie folgt gefasst:

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

(1) Nach Anlage 9.1 BMV-Ä besteht eine Genehmigungspflicht für die nephrologische Behandlung und Betreuung der in § 3 Abs. 3 Buchstabe a, d und e)) definierten Patientengruppen. Die Genehmigung zur Übernahme des jeweiligen Versorgungsauftrages umfasst folgende Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), welche von den Vertragsärzten, ermächtigten Einrichtungen, angestellten Krankenhausärzten und nephrologischen Schwerpunkteinrichtungen, die eine entsprechende Genehmigung erhalten haben, vorzuhalten sind:

1. *Für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie, gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V:*

01100, 01101, 01102, 01220, 01221, 01222, 01321, 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01415, 01430, 01435, 01436, 01440, 01510, 01511, 01512, 01600, 01601, 01602, 01610, 01611, 01620, 01621, 01622, 01623, 01630, 01737, 02100, 02110, 02111, 02310, 02311, 02312, 02320, 02321, 02322,

02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 13210, 13211, 13212, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13256, 13439, 13590, 13591, 13592, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 30980, 30988, 33012, 33020, 33021, 33022, 33040, 33042 und/oder 33043, 33061, 33072, 33073, 33075, 33091, 33092, 37100, 37102, 37105, 37113, 37120, 38100, 38105 sowie entsprechende Leistungen der Kapitel 30.12, 32 und 40.

2. Für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie, gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V:

01100, 01101, 01102, 01220, 01221, 01222, 01321, 01410, 01411, 01412, 01413, 01414, 01430, 01435, 01436, 01440, 01510, 01511, 01512, 01600, 01601, 01602, 01610, 01611, 01620, 01621, 01622, 01623, 01630, 02100, 02110, 02111, 02310, 02311, 02312, 02320, 02321, 02322, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02350, 04000, 04030, 04220, 04221, 04230, 04321, 04322, 04324, 04355, 04356, 04370, 04371, 04372, 04373, 04527, 04560, 04561, 04562, 04563, 04564, 04565, 04566, 32247, 33012, 33020, 33021, 33022, 33040, 33042 und/oder 33043, 33061, 33072, 33073, 33075, 33091, 33092, 37100, 37102, 37105, 37113, 37120, 38100, 38105 sowie entsprechende Leistungen der Kapitel 30.12, 32 und 40.

- (2) Entgegen der Regelung in Absatz 1 sind die nachfolgenden Leistungen nicht vorzuhalten, sondern können im Rahmen einer Überweisung durchgeführt werden: 01611, 02310, 02311, 04322, 30980, 30988, 33012, 33020, 33021, 33022, 33040, 33061, 33072, 33073, 33075, 33091 sowie entsprechende Leistungen des Kapitels 32 (ohne 32039, 32081 und 32247).

- (3) Bei der Abrechnung der genannten Leistungen sind die Regelungen des EBM grundsätzlich in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden. Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen können die Gebührenordnungspositionen des Absatzes 1 Nr. 2 berechnen, auch sofern diese nicht in der Präambel 4.1 Nrn. 5 und 7 des EBM genannt werden. Die Allgemeine Bestimmung 2.3 Satz 2 bleibt davon unberührt. Ärztlich geleitete ermächtigte Einrichtungen, die über einen Versorgungsauftrag nach § 3 Abs. 3a) bzw. e) verfügen, erhalten auf Antrag eine Ermächtigung für die Abrechnung der Nrn. 13590 bis 13592 bzw. 04000.

- (4) Die Genehmigung zur Übernahme des jeweiligen Versorgungsauftrages umfasst für die unter Absatz 1 Nr. 1 und 2 aufgeführten Fachärzte auf Antrag Leistungen

nach § 132e SGB V, soweit diese Leistungen für Patienten gemäß dieser Vereinbarung erbracht werden.“

17. Anhang 9.1.4 wird wie folgt gefasst:

„Anforderungen an eine stationäre nephrologische Schwerpunkteinrichtung nach § 11a, Abschnitt 3, Anlage 9.1 BMV-Ä

(1) Folgende Anforderungen an eine stationäre nephrologische Schwerpunkteinrichtung sind zu erfüllen und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nach den Vorgaben von Absatz 2 nachzuweisen:

1. Stationäre Diagnostik und Behandlung von Nieren- und Hochdruckerkrankungen.
2. Therapie schwerwiegender Nierenerkrankungen wie z.B. akutes Nierenversagen einschl. intensiv-medizinischer Behandlung.
3. Bereitstellung aller Verfahren der Hämo- und Peritonealdialyse
4. Verpflichtung zur Übernahme folgender Versorgungsaufgaben für chronisch niereninsuffiziente Patienten anderer Dialysepraxen und –einrichtungen in der Region:
 - a) Vorhalten einer Auffangdialyse bei kompliziertem Dialyseverlauf und interkurrenten Erkrankungen.
 - b) Ausbildung von Patienten und deren Angehörigen für die Heimdialyse (Hämo- und Peritonealdialyse)
 - c) Versorgung infektiöser Dialysepatienten
 - d) 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
 - e) Betreuung von Patienten vor und nach einer Nierentransplantation in enger Kooperation mit einem Transplantationszentrum, Möglichkeiten der Behandlung von Komplikationen und Nachsorge.
5. Befugnis zur vollen Weiterbildung (36 Monate) nach der Weiterbildungsordnung, ggf. in Kooperation der zuständigen Ärztekammer für den Schwerpunkt Nephrologie sowie Ausbildung von Fachpflegekräften.

(2) Eine stationäre nephrologische Schwerpunkteinrichtung muss im Einzelnen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung folgende Nachweise erbringen:

1. *Personelle und organisatorische Anforderungen*
 - *Mindestens 2 Fachärzte für Nephrologie und mindestens 1 Weiterbildungs-Assistent*
 - *Vorhalten einer 24 Stunden / 7 Tage der Woche Rufbereitschaft (nephrologisch)*
 - *Vorhalten einer Intensivstation im Krankenhaus (muss nicht nephrologisch geleitet sein)*
2. *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 Nierenultraschalluntersuchungen*
 - *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*

18. Anhang 9.1.5 wird wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift wird das Wort „*Bundesmantelvertrag*“ durch das Wort „*BMV-Ä*“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 wird das Wort „*Bundesmantelvertrag*“ durch das Wort „*BMV-Ä*“ ersetzt.
- c) In Absatz 3 wird der letzte Satz „*Zweigpraxen, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 12. September 2001 – B 6 KA 64/00 R – mit Genehmigung der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung betrieben worden sind, wird eine Versorgungsregion im Verfahren nach § 6, Abschnitt 3, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag für die Dauer*“

von 3 Jahren ab dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung zugeordnet.“ gestrichen.

19. In **Anhang 9.1.6** wird in der Überschrift das Wort „Bundesmantelvertrag“ durch das Wort „BMV-Ä“ ersetzt.

20. Folgender **Anhang 9.1.7** wird neu eingefügt:

„(Muster-)Ermächtigungsbescheid nach § 11a, Anlage 9.1 Bundesmantelvertrag-
Ärzte

ZULASSUNGS AUSSCHUSS ÄRZTE

Der Zulassungsausschuss für Ärzte- =|Zulassungsbezirk|= hat in seiner Sitzung am
=|Datum|, an der teilgenommen haben

als Vertreter der Ärzte

als Vertreter der Krankenkassen

1. =|Name|,=|Ort|=

1. =|Name|,=|Ort|=

2. =|Name|,=|Ort|=

2. =|Name|,=|Ort|=

3. =|Name|,=|Ort|=

3. =|Name|,=|Ort|=

Vorsitz: =|Name|=

Schritfführer: =|Name|=

folgenden

BESCHLUSS

gefasst:

1. Die stationäre nephrologische Schwerpunkteinrichtung (Bezeichnung, Straße, PLZ, Ort (im folgenden „Einrichtung“ genannt)) wird unter der ärztlichen Leitung von =|Leiter|,=|Fachgebiet und Schwerpunktbezeichnung|= der gem. § 31 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in Verbindung mit § 11a der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nach Maßgabe der nachstehenden Inhalte ermächtigt.

2. *Die Ermächtigung wird wie folgt erteilt:*
- 2.1 *Die Ermächtigung umfasst die Behandlung und Betreuung der in § 2 der Anlage 9.1 BMV-Ä definierten Patientengruppen.*
Die Ermächtigung ist entsprechend den Regelungen und Voraussetzungen gemäß § 11a der Anlage 9.1 BMV-Ä, der QS-Richtlinie Dialyse des Gemeinsamen Bundesausschusses, der QS-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gem. § 135 Abs. 2 SGB V sowie den Anforderungen an eine nephrologische Schwerpunktabteilung gemäß Anlage 9.1.4 zur Anlage 9.1 BMV-Ä zu erfüllen.
- 2.2 *Der Ermächtigungsumfang umfasst die Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die in Anhang 9.1.3 zur Anlage 9.1 BMV-Ä festgelegt sind.*
- 2.3 *Patienten können die Einrichtung sowohl unmittelbar als auch durch Überweisung in Anspruch nehmen. Die Ermächtigung umfasst auch die Überweisung durch die Einrichtung selbst.*
- 2.4 *Die Anzahl der Patienten, die von der Einrichtung betreut werden dürfen, ist begrenzt: Die Ermächtigung umfasst die kontinuierliche Versorgung von höchstens 35 Hämodialysepatienten und 10 Peritonealdialysepatienten und 60 Behandlungsfällen pro Quartal. Eine Erhöhung der kontinuierlich zu versorgenden Peritonealdialysepatienten ist nach Maßgabe von § 11a Abs. 3 Buchstabe a möglich. Die im Rahmen der teilstationären Versorgung durch die Einrichtung erbrachten Dialysen werden auf die Patientenzahlen nach dem voranstehenden Satz angerechnet.*
- 2.5 *Der Zulassungsausschuss erteilt die Ermächtigung mit der Auflage, dass die Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung zusammen mit der letzten Quartalsabrechnung die Anzahl der in diesem Quartal abgerechneten im Rahmen der teilstationären Versorgung durch die Einrichtung nach DRG L90B mit dokumentierter ICD Z49.2 (PD) und L90C mit dokumentierter ICD Z49.1 (HD) abgerechneten Dialysen erklärt.² Bei Zweifeln kann der Zulassungsausschuss von den Schwerpunkteinrichtungen Nachweise für die Zahl der angegebenen teilstationären Dialysen verlangen.*

²DRGs:

L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse

L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse

L90A Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre

- 2.6 Die Ermächtigung wird für die Dauer von drei Jahren erteilt und wird auf Antrag um jeweils 3 Jahre verlängert.
3. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen gilt der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), unter Anwendung des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung ...
 4. Die Ermächtigung beginnt am ... und endet am ... Abweichend vom vorstehenden Satz endet die Genehmigung darüber hinaus mit dem Wirksamwerden eines Verzichtes oder dem Wechsel des in Nummer 1 festgelegten Ortes.
 5. Die Ermächtigung ist zu widerrufen, wenn
 - ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen,
 - die Einrichtung ihren Versorgungsauftrag nicht aufnimmt oder gemäß Anhang 9.1.4 zur Anlage 9.1 BMV-Ä nicht mehr bzw. nicht mehr vollständig durchführt,
 - die Einrichtung ihre Pflichten aus der Ermächtigung gröblich verletzt,
 - durch einen in der Einrichtung liegenden Grund der mit der Ermächtigung verfolgte Zweck nicht (mehr) erreicht wird.

Rechtbehelfsbelehrung:

Gegen diesen Bescheid können die am Verfahren beteiligte Einrichtung, die Kassenärztliche Vereinigung ..., die Landesverbände der Krankenkassen, sowie die Verbände der Ersatzkassen binnen eines Monats nach Zustellung des Beschlusses Widerspruch beim Berufungsausschuss für Ärzte, ..., einlegen. Der Widerspruch ist in der genannten Frist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Geschäftsstelle des Berufungsausschusses einzureichen. Er muss den Bescheid bezeichnen, gegen den er sich richtet.

Ort, Datum

Vorsitzender“

21. Protokollnotizen werden wie folgt geändert:

- a) In der Überschrift das Wort „*Bundesmantelvertrag*“ durch das Wort „*BMV-Ä*“ ersetzt.
- b) In Satz 1 wird das Wort „*Bundesmantelvertrag*“ durch das Wort „*BMV-Ä*“ ersetzt.
- c) Nummer 1 wird wie folgt gefasst:

„1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene können im Einvernehmen die Höhe der Sachkostenpauschalen für die nichtärztlichen Dialyseleistungen abweichend von den in Kapitel 40 EBM festgelegten Pauschalen festsetzen. Wird das Einvernehmen nicht erzielt, gelten die Regelungen des Bundesmantelvertrages.“

- d) In Nummer 2 werden die Sätze *„Mit Wirkung zum 1. Januar 2005 wird geprüft, ob die Unterschiede in der Kosten- und Ertragssituation der Vertragsärzte und der ermächtigten Einrichtungen eine Differenzierung der Pauschalerstattungen erfordern. Kommt es zu keiner Einigung über eine unterschiedliche Regelung der Pauschalerstattungen, werden die Sachkostenpauschalen für die ermächtigten Einrichtungen vom 1. Januar 2005 an auf der Grundlage von § 126 Abs. 3 i. V. mit § 127 SGB V zwischen den zuständigen Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und den ermächtigten Einrichtungen vereinbart.“* gestrichen.

- e) Folgende Nummer 4. wird angefügt:

„4. Die Partner dieser Vereinbarung wirken im Bewertungsausschuss darauf hin, dass eine Regelung in das Kapitel 40 EBM aufgenommen wird, wonach die auf der Grundlage entsprechender regionaler Vereinbarungen abgerechneten Leistungen bei der Ermittlung der für die Betriebsstätte anzuwendenden Preisstufe einzubeziehen sind.“

Artikel 2
Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 1. Juli 2018 in Kraft.

Berlin, den 14. Mai 2018

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin