

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**KV** HESSEN  
KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## Apherese

### Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Tätigkeit

#### Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit **beantragt** am \_\_\_\_\_

für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** \_\_\_\_\_

Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

#### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung:

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen

Maria Kazantsidou  
Melanie Majarian  
Tel 069 24741-6522/-6675  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.3@kvhessen.de

Unsere Zeichen: MK

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Name des anstellenden Arztes

in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Name des MVZ

Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Name der Einrichtung

Instituts-

Ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-

Assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Ort(e) der Tätigkeit<sup>2</sup>:**

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Anschrift Standort \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

## Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

### Beantragte Leistungen:

- GOP 13620 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, ausgenommen bei isolierter Lp(a)-Erhöhung.
- GOP 13621 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- GOP 13622 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei isolierter Lp(a)-Erhöhung.
- GOP 04572 Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen bei LDL Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- GOP 04573 Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen bei einer Apherese rheumatoider Arthritis gemäß Nr. 1 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

### Genehmigungsvoraussetzungen

#### Fachliche Anforderungen:

(gemäß § 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Stand 18.12.2014)

→ **Kreuzen Sie bitte hier den für Sie zutreffenden Weiterbildungsgang an und fügen Sie die Facharztanerkennung (Urkunde) in Kopie diesem Antrag bei.**

**Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunktbezeichnung Nephrologie**

(Für Ärzte mit der Facharztbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie“ oder „Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Nephrologie“ gilt die Qualifikation für alle LDL Apherese Indikationsverfahren gemäß § 3 als nachgewiesen.)

**Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Kinder-Nephrologie**

(Für Ärzte mit der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Kinder-Nephrologie“ gilt die Qualifikation gemäß § 3 für das LDL Apherese Indikationsverfahren (1) mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung und mit schwerer Hypercholesterinämie sowie für (2) Lp(a)-Apherese bei Patienten mit isolierter Lp(a)-Erhöhung als nachgewiesen.)

Für die Beantragung zur Durchführung und Abrechnung des nachfolgenden Indikationsverfahrens ist der **Nachweis** über Erfahrungen und Kenntnisse zur Diagnostik und Behandlung der Zielerkrankung beizufügen:

- (3) Immunapheresen bei aktiver rheumatoider Arthritis
- Ärztinnen und Ärzte, die anderen Fachgebiete zugehören**

**Nur möglich für Ärztinnen oder Ärzten, für die die (Muster-) Weiterbildungsordnung die Durchführung therapeutischer Apherese vorsieht.**

Bitte kreuzen Sie für die Beantragung das jeweilige Indikationsverfahren an und fügen Sie die entsprechenden **Nachweise** bei:

- (1) mit familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung oder mit schwerer Hypercholesterinämie
- (2) Lp(a)-Apherese bei Patienten mit isolierter Lp(a)-Erhöhung
- (3) Immunapheresen bei aktiver rheumatoider Arthritis

#### Sonstige Anforderungen

#### Apparative Ausstattung:

Standort/ BSNR \_\_\_\_\_ Gerätebezeichnung. \_\_\_\_\_

Standort/ BSNR \_\_\_\_\_ Gerätebezeichnung. \_\_\_\_\_

Standort/ BSNR \_\_\_\_\_ Gerätebezeichnung. \_\_\_\_\_

#### Folgendes Verfahren soll angewendet werden:

- Dextransulfat-Adsorption     HELP-Verfahren     Kaneka
- Immunadsorption     Dali

#### Unspezifische Verfahren:

- Kaskadenfiltration     \_\_\_\_\_

#### Apherese bei rheumatoider Arthritis

Die Immunapherese mittels Adsorbersäulen mit an Silikat gebundenem Staphylokokkenprotein-A wird verwendet.

- ja     nein

Fabrikat (Hersteller): \_\_\_\_\_

### Geräteinstallation

Vorgesehenes Gerät \_\_\_\_\_

Gerätehersteller \_\_\_\_\_

Gerätestandort \_\_\_\_\_

eigene Praxis

außerhalb der eigenen Praxis:

Adresse: \_\_\_\_\_

Betreiber: \_\_\_\_\_

### Gemeinsame Apparatennutzung:

ja  nein

Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

Nutzungsvertrag ist beigefügt

**Die vorgenannte apparative Ausstattung entspricht den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) Klasse IIb und der Medizinbetrieberverordnung (MPBetreibV).**

### Erklärungen und Hinweise

Mir ist bekannt dass,

- die Behandlungsindikation gem. § 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung in jedem Einzelfall (patientenbezogen) der Überprüfung und Genehmigung bedarf.
- die Durchführung und Abrechnung von Apherese-Behandlungen gem. § 2 der vorgenannten Richtlinie erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig ist.
- die Indikationsstellung gem. § 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, ergänzende ärztliche Beurteilungen gem. § 4 (durch einen die Apherese nicht selbst durchführenden Arzt) sowie eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung der personenbezogenen Daten gem. § 5 der vorgenannten Richtlinie vor Einleitung der Therapie der zuständigen Fachkommission und der Krankenkasse zur Prüfung vorzulegen sind.

