

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



Apherese - Leistungen

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren in der vertragsärztlichen Versorgung

➤ 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. Die **mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder**. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.

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: _____

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
Team 1

Anna Wandrei
Tel 069 24741-6094/ 6312

Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

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

Art der Tätigkeit¹:

- Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt
 in Praxis/BAG _____ BSNR _____
 Name des anstellenden Arztes
- Angestellter Arzt
 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 Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____
 Anschrift Standort _____ BSNR _____

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

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

² 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 bei *rheumatoider Arthritis* gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Gemehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Befähigung § 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

- 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 Apheresen 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

Apparative Ausstattung

Standort/ BSNR _____ Gerätebezeichnung. _____

Standort/ BSNR _____ Gerätebezeichnung. _____

Standort/ BSNR _____ Gerätebezeichnung. _____

Folgendes Verfahren soll angewendet werden:

- Dextransulfat-Adsorption HELP-Verfahren Kaneka Dali
- Immunadsorption

Unspezifische Verfahren:

- Kaskadenfiltration _____

Apheresen 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: _____

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 Medizinproduktgesetzes (MPG) Klasse IIb und der Medizinbetrieiberverordnung (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.
- die Durchführung und Abrechnung der Apherese durch einen Vertragsarzt gem. § 6 in jedem Einzelfall erst dann zulässig ist, wenn die leistungspflichtige Krankenkasse dem Versicherten einen Leistungsbescheid erteilt hat.
- mindestens ein Jahr nach Beginn der Behandlung eine Überprüfung auf Weiterführung der Apherese durch einen die Apherese nicht selbst durchführenden Arzt erfolgen muss und die Ergebnisse der Überprüfung der zuständigen Fachkommission vorzulegen sind. Die Fortführung der LDL-Apherese ist gem. § 7 der Richtlinie von einer erneuten Genehmigung der leistungspflichtigen Krankenkasse abhängig.
- die Auswahl des Verfahrens gem. § 8 der betreffenden Richtlinie für jeden Einzelfall in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem begutachtenden Arzt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes erfolgt.
- ich bin verpflichtet, jede Änderung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- **Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.**
- **Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers
ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.

Unterschrift des anstellenden Arztes

Stand: September 2024