

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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

**KV** | 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  
Team 1

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

Unsere Zeichen: MK / Maj

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.

- 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 verpflichtet bin, jede Änderung unverzüglich der Kassenzentralen 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.**

..... Datum ..... Unterschrift des Antragsstellers ..... ggf. Praxisstempel

**Gilt nur für angestellte Ärzte:**

..... Datum ..... **Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus)** ..... Stempel

Stand: 15.02.2021