



Posteingangsnummer BGST  
von KVS auszufüllen!

**Antrag**

auf Genehmigung zur Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapie-  
verfahren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ entspr. Anlage I Nr. 1. in der Fassung  
vom 17. Januar 2006

**Antragsteller/-in:** .....  
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

**Leistungserbringer:** .....  
(sofern abweichend vom Antragsteller -Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

**LANR:** .....

**Ärztliche Tätigkeit**

als Facharzt für: .....

- Niederlassung in einer Einzelpraxis
- Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft
- Anstellung in einer Einzelpraxis
- Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft
- in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)
- im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz
- im Rahmen einer Ermächtigung
- im Rahmen einer Vertretung

**Wohnort** (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

**Antrag bezieht sich auf**

**Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

BSNR: .....

**Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

NBSNR: .....

## 1 Beantragte Leistung

Beantragt wird die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Apheresen gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung entsprechend Anlage 1 Nr. 1 für folgende Verfahren:

- LDL- Apheresen
- Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis

## 2 Fachliche Voraussetzungen

Die fachlichen Voraussetzungen zur Durchführung von Apheresen sind gegeben durch die Erfüllung folgender Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung entsprechend Anlage I Nr. 1:

a)

- Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie

oder

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“

oder

- Facharzt für Kinder und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung „Kinder-Nephrologie“ )\*

)\* Im Falle der Beantragung der Durchführung von Immunapheresen bei rheumatoider Arthritis (Pkt. 1) müssen zusätzlich folgende fachliche Anforderungen erfüllt werden:

- Nachweis über hinreichende Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung von rheumatoider Arthritis

b)

- Facharzt für Transfusionsmedizin (insofern die Durchführung therapeutischer Apheresen Bestandteil der (Muster-) Weiterbildungsordnung war)

und

- Nachweis über die Durchführung von einer in § 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung entspr. Anlage I Nr. 1 genannten therapeutischen Apheresen und der Behandlung von Apherese-typischen Komplikationen

und

Je nach beantragten Verfahren (Pkt. 1), müssen zusätzlich folgende fachliche Anforderungen erfüllt werden:

- Nachweis über hinreichende Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung von Fettstoffwechselstörungen

und/-oder

- Nachweis über hinreichende Erfahrungen in der Diagnostik und Behandlung von rheumatoider Arthritis

### 3      **Apparativ-technische Voraussetzungen**

Die Erbringung der Leistungen erfolgt mit der apparativen Ausstattung entsprechend dem beiliegenden Gerätemeldebogen und der beiliegenden Gewährleistungserklärung. Werden mehrere Behandlungseinheiten genutzt, ist für jede verwendete Behandlungseinheit ein neuer Gerätemeldebogen inkl. Gewährleistungserklärung einzureichen.

### 4      **Bedingungen zur Durchführung der Apherese**

Es ist bekannt, dass

- die Apherese nur nach Bestätigung durch die leistungspflichtige Krankenkasse des Patienten vorgenommen werden kann
- die Dauer bzw. die Fortführung der Apheresebehandlung den Einschränkungen nach § 3 sowie § 8 der Richtlinie unterliegen
- die Auswahl des Verfahrens für jeden Einzelfall in Abstimmung mit dem begutachtenden Arzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu erfolgen hat.

### 5      **Erklärung des/der Antragstellers(in)**

Dem Antragssteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Der Antragssteller nimmt zur Kenntnis, dass der vorliegende Antrag nur in Verbindung mit den notwendigen Gerätemeldebögen und Gewährleistungserklärungen zur apparativ-technischen Ausstattung gültig und bearbeitungsfähig ist.

Zeugnisse und Qualifikationsnachweise sind im Original oder als beglaubigte Kopie beigelegt.



Stempel Antragsteller(in)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller(in)  
(siehe Seite 1 oben)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Leistungserbringer(in)  
(sofern abweichend vom Antragsteller)