



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

**Körperschaft des öffentlichen Rechts**

**Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung**

**Antrag**  
**zur Durchführung der ambulanten Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren**  
Entsprechend der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen  
Versorgung in der Fassung vom 17.01.2006

**I Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

.. Eigener Niederlassung

.. Ermächtigung

.. Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

.. Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht  
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. \_\_\_\_\_

(Adresse)

2. \_\_\_\_\_

(Adresse)

## **II. Fachliche Voraussetzungen**

Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" r

Facharzt für „Innere Medizin und Nephrologie“ r

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung „Kinder-Nephrologie“ r

Ärzte, bei denen die Weiterbildungsordnung die Durchführung therapeutischer Apherese vorsieht. r

Hierzu sind zusätzlich hinreichende Erfahrungen **in geeigneter Form nachzuweisen:**

a. **Allgemein in der Durchführung nach § 3 Absatz genannten therapeutischen Apherese und der Behandlung von Apherese-typischen Komplikationen und**

b. **indikationsspezifisch für Indikationen nach § 3 Absatz 1 und 2: in der Diagnostik und Behandlung von Fettstoffwechselstörungen**

oder

**für Indikationen nach § 3 Absatz 3: in der Diagnostik und Behandlung von rheumatoider Arthritis**

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

## **III. Organisatorische Voraussetzungen**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass für jeden Patienten vor Behandlungsbeginn eine Prüfung der Behandlungsindikation durch die beratende Apherese-Kommission der KV Brandenburg erfolgen muss. Die Feststellung einer Behandlungsindikation ist für den Kostenträger nicht bindend. Die Entscheidung über eine Kostenübernahme liegt ausschließlich beim Kostenträger. r

Ich bestätige, dass die Anforderungen der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, Anlage I. Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden, 1. Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß §§ 5, 8 und 9 erfüllt werden r

## **IV. Rechtlicher Hintergrund**

Anlage 1, Nr. 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung i.d.F. vom 17.01.2006

## **V. Erklärung**

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am  
..... erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:  
**qs@kvbb.de**

Im Falle einer Genehmigung bin ich .. einverstanden  
.. nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

_____	_____	_____
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift des Antragstellers</b>	<b>Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers</b>

**Hinweis:**

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.