

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Keßlerstraße 1  
76185 Karlsruhe

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren

**Antragsteller:** (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)  
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/apheresen](http://www.kvbawue.de/apheresen)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

- Apherese {APH1}
- Apherese Kinder-Jugendmedizin {APH2}

### Fachliche Befähigung

- Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie.
- Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Transfusionsmedizin  
Vorlage von Belegen, die hinreichende Erfahrungen gemäß § 2 Abs. 1 a und b der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nachweisen.

Die Indikationsstellungen sind vor Einleitung einer LDL- bzw. Immunapherese der Apherese-Kommission Baden-Württemberg mit der vollständigen Dokumentation gem. § 5 und der ergänzenden medizinischen Beurteilung gem. § 4 vorzulegen.

Die Genehmigung des Patienten zur Durchführung der LDL-Apherese ist auf 1 Jahr befristet. Zur Fortführung ist eine erneute Beratung bei der Apherese-Kommission einzuleiten.



Bei der Immunapherese umfasst ein Behandlungszyklus zwölf Apheresen, jeweils in wöchentlichen Abstand. Eine Wiederholung soll nur erfolgen, wenn mit dem ersten Zyklus ein relevanter klinischer Erfolg erreicht wurde und bedarf dann auch einer erneuten Genehmigung.

### Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer, die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

