

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag

auf Genehmigung der **Immunapheresebehandlung bei aktiver rheumatoider Arthritis** gemäß Anlage I Nr. 1 § 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

### 1. Allgemeine Angaben

<b>Antragsteller</b> (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)	
<b>LANR:</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	<b>Titel</b> _____
<b>Name</b> _____, <b>Vorname</b> _____	
<input type="checkbox"/> Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt	
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____	(Name der BAG)
<input type="checkbox"/> Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____	(Name des MVZ)
<input type="checkbox"/> Ich bin am Krankenhaus _____	ermächtigter Arzt seit/ab: _____
	(Name des KH) tt.mm.jj
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der <b>Hauptbetriebsstätte</b>	
_____ E-Mail-Adresse	_____ Telefonnummer
_____ Nur falls noch nicht zugelassen: <b>Wohnanschrift</b>	

<b>Die Immunapheresebehandlung soll von folgendem Arzt durchgeführt werden:</b>	
<input type="checkbox"/> dem Antragsteller persönlich <i>oder</i>	
<input type="checkbox"/> folgendem beim Antragsteller tätigen Arzt:	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o. g. Einzelpraxis	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt bei o. g. Berufsausübungsgemeinschaft	
<input type="checkbox"/> Vertragsarzt im o. g. MVZ	
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt im o. g. MVZ	

## 2. Angaben zum Patienten\*

(\*)**Hinweis:** Bitte die nachfolgenden Angaben zum Patienten durch entsprechende Nachweise (Laborparameter, Aktivitätsscore, Röntgenbefunde etc., s. Checkliste) belegen.

<input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Folgeantrag
<b>Pseudonym des Patienten:</b> (Siehe „Wichtige Informationen“ auf Seite 6) _____ <div style="margin-left: 300px;">           1. und 2. Stelle: 1. und 2. Buchstabe des 1. Vornamens            3. und 4. Stelle: 1. und 2. Buchstabe des Nachnamens            5. Stelle: Geschlecht („F“ für weiblich, „M“ für männlich)            6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr         </div>
Geburtsjahr:  _ _ _ _ _ _  Krankenkasse: _____  <b>Frühere Immunapheresebehandlungen:</b> von  _ _ _ _ _ _     bis  _ _ _ _ _ _  <div style="margin-left: 150px;">Datum    Datum</div> Ergebnisse: _____  <div style="margin-left: 150px;">von  _ _ _ _ _ _     bis  _ _ _ _ _ _ </div> <div style="margin-left: 150px;">Datum    Datum</div> Ergebnisse: _____
<b>Diagnosen:</b> _____ _____ _____ _____ _____
<b>Wodurch gesichert:</b> _____ _____ _____
<b>Anamnese:</b> _____ _____ _____ _____
<b>Patient ist Dialysepatient:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Bisherige und aktuelle immunsuppressive Medikation:</b>		
Medikation:	Dosierung:	Dauer:
<b>Falls Unverträglichkeit der medikamentösen Therapie:</b>		
Medikation:	Dosierung:	Symptomatik:
<p>Falls unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten, die zu einer Änderung oder einem Absetzen der jeweiligen medikamentösen Therapie geführt haben, ist eine UAW-Meldung an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft oder an das BfArM erforderlich.</p> <p><b>UAW-Meldung ist erfolgt und dokumentiert:</b>      <input type="checkbox"/> ja                      <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p><b>Falls Kontraindikationen:</b></p> <hr/> <hr/>		
<p><b>Indikation für die Immunapherese:</b></p> <hr/> <hr/>		
<p><b>Geplantes Adsorptionsverfahren:</b></p> <hr/> <hr/>		
<p><b>Bemerkungen:</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		



- Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich das Pseudonym des Patienten, den zugehörigen Namen und die Versichertennummer zeitgleich an die Krankenkasse übermittelt\* habe  
(\* Einen geeigneten Vordruck finden Sie am Ende dieses Antrags.)

**und**


- mir eine schriftliche Einwilligung\*\* des Patienten - zur Vorlage der bis auf das Geburtsjahr und das Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen bei der Beratungskommission sowie zur Übermittlung des Pseudonyms des Patienten, seines Namens und seiner Versichertennummer an die Krankenkasse - vorliegt.  
(\*\* Einen Vordruck **zum Verbleib in Ihrer Patientenakte** finden Sie auf Seite 6.)

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**


Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Kopie dem Antrag beizulegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigte /  
MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1) Laborparameter	<input type="checkbox"/>
2) Ergebnisse früherer Immunapheresebehandlungen	<input type="checkbox"/>
3) Aktivitätsscore	<input type="checkbox"/>
4) Ergänzende ärztliche Beurteilung des Patienten durch Internist/ Rheumatologie oder Orthopäde/ Rheumatologie	<input type="checkbox"/>
5) Schriftliche Röntgenbefunde	<input type="checkbox"/>
6) ggf. Kopie der UAW-Meldung	<input type="checkbox"/>

## Anlage: Datenschutzerklärung des Patienten

zum **Antrag auf Genehmigung** der **Immunapheresebehandlung bei aktiver rheumatoider Arthritis** gemäß Anlage I Nr. 1 § 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

**Diese Erklärung verbleibt beim Antragsteller**

**Patient**


Name \_\_\_\_\_, Vorname \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

Herr/ Frau \_\_\_\_\_  
(Titel, Name des antragstellenden Arztes )

die vollständige Dokumentation und die ergänzende medizinische Beurteilung gemäß Anlage I Nr. 1 §§ 4 und 5 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zur Prüfung an die Beratungskommission übermittelt. Bis auf das Geburtsjahr und das Geschlecht werden alle personenidentifizierenden Angaben unkenntlich gemacht. Die Unterlagen werden mit einem Pseudonym sowie Namen und Adresse meiner Krankenkasse versehen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass der Antragsteller das Pseudonym, meinen Namen sowie meine Versicherungsnummer zeitgleich an meine Krankenkasse übermittelt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient 

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Im Rahmen der Umsetzung der geänderten Datenschutzerfordernisse die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurden und am 03.10.2014 in Kraft getreten sind, **müssen bei Antragstellung zur Apheresebehandlung eines Patienten personenidentifizierende Daten in den Befundunterlagen unkenntlich gemacht und die gesamte Akte mit einem Pseudonym versehen werden.** Dabei kann entsprechend der Vorgabe der Bundesopiumsstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verfahren werden, die folgendes Pseudonym vorsieht:

- |                   |                                      |
|-------------------|--------------------------------------|
| 1. und 2. Stelle: | 1. und 2. Buchstabe des 1. Vornamens |
| 3. und 4. Stelle  | 1. und 2. Buchstabe des Nachnamens   |
- (Titel wie „Dr.“ und separate Namenszusätze wie „von“, „zu“, „de“, „van de“, „le“ sind nicht zu berücksichtigen, Namensteile wie „Abdel“, „Abou“, „Mac“, „Al-“, „El-“, dagegen schon; Sonderzeichen wie „D'A“ sind nicht einzusetzen )
- |                   |  |
|-------------------|--|
| 5. Stelle         | Geschlecht („F“ für weiblich, „M“ für männlich)        |
| 6. bis 8. Stelle: | jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr |

#### Beispiele:

Patientin: Hanna von Mühlenstein, geb. 12.08.1974  
Pseudonym: HAMÜF284

Patient: Evgenji El-Kassir, geb. 08.03.1966  
Pseudonym: EVELM836

Patient: Kurt van Hofen, geb. 03.06.1991  
Pseudonym: KUHOM361

**Personenidentifizierende Daten sind auch in den beigefügten Nachweisen unkenntlich zu machen. Bitte denken Sie auch daran, das Pseudonym zeitgleich bei Antragstellung zusammen mit dem Namen und der Versichertennummer des Patienten der Krankenkasse zu übermitteln.**

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte – ZV können Sie bei Bedarf unter [Rechtsquellen Bayern mit A - Kassenärztliche Vereinigung Bayerns \(KVB\)](#) abrufen.

Die „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ zur Apheresebehandlung finden Sie unter <http://www.kvb.de/praxis/service-und-beratung/formulare/formulare-mit-a/>

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.