KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

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.

Verlängerungsantrag
zur Durchführung der LDL Apherese / Lp(a)-Apherese

- ☐ bei **familiärer Hypercholesterinämie** in homozygoter Ausprägung
- ☐ bei **schwerer Hypercholesterinämie**, bei der grundsätzlich mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL-Cholesterin nicht ausreichend gesenkt werden kann
- ☐ **Lp(a)-Apherese** bei Patienten mit isolierter Lp(a)-Erhöhung über 60 mg/dl und LDL-Cholesterin im Normbereich sowie gleichzeitig klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierter progredienter kardiovaskulärer Erkrankung (koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder zerebrovaskuläre Erkrankung)

Qualitätssicherung
Team 1

Anna Wandrei

Tel 069 24741-6094
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

Unsere Zeichen: AW

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 I 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Anamnese / Risikofaktoren

Pseudonym des Patienten: _____

Kostenträger: _____

Anschrift: _____ PLZ _____ Ort _____

(bitte genaue Anschrift der Geschäftsstelle angeben)

Antragsteller/ Vertragsarzt: _____ LANR: _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Alter: _____

Raucher: ☐ ja ☐ nein **Ex-Raucher:** ☐ ja ☐ nein „Pack-Years“: ca. _____

Zeitpunkt des Beginns des Nikotinabusus: ca. _____ Zeitpunkt der Beendigung des Nikotinabusus: ca. _____

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Checkliste zum Antragsformular

Ersterhebungsbogen/ Verlängerungsantrag zur LDL Apherese und Lp(a) Apherese

Bei allen Befundunterlagen eines Patienten, sind die personenidentifizierende Daten **unkenntlich** zu machen (siehe Hinweisblatt der KV Hessen) und die Unterlagen mit dem entsprechenden Pseudonym zu versehen.

Bei Antragstellung sind **zeitgleich an die Krankenkasse** des Patienten, das Pseudonym, der zugehörige Name sowie die Versichertennummer zu übermitteln, damit diese nach erfolgter Prüfung durch die beratende Kommission einen entsprechenden Leistungsbescheid ausstellen kann.

Bitte bestätigen Sie durch Ankreuzen, das alle erforderlichen Unterlagen diesem Antrag beigefügt sind:

☐ vollständig ausgefülltes Antragsformular (nur für GKV Patienten),

☐ Kardiologische bzw. angiologische Beurteilung (Belastungs-EKG)
(Bitte immer eine aktuelle Beurteilung beifügen) und

☐ lipidologische Beurteilung zur Dokumentation der Progression der Erkrankung
(Bitte aktuelle Beurteilung beifügen).

ACHTUNG: Die ergänzende Beurteilung insbesondere die lipidologische Beurteilung darf nicht durch den Arzt erfolgen, an den bei bestätigter Indikation zur Durchführung der Apherese überwiesen wird.

☐ Zusammenfassung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs *(Arztbrief & Epikrise)*,

☐ Dokumentation der Lipidwerte über einen Dokumentationszeitraum von mindestens 12 Monaten *(Nur bei Erstanträgen: Bitte zusätzlich die antragsrelevanten Laborwerte im Original beifügen),*

☐ Nachweis der Lp(a) Erhöhung durch eine mindestens 3-malige Messung
(mit Angabe der Einheit und Normbereich,

☐ UAW-Meldung (unerwünschte Arzneimittelwirkung) - *(bei Erstanträgen zwingend erforderlich – bei Verlängerungsanträgen nur wenn ein neues Medikament verabreicht wurde,*

☐ Beurteilung, ob alle weiteren maßgeblichen Risikofaktoren ausreichend behandelt wurden *(durch Antragsteller bzw./oder durch externe Unterlagen),*

☐ Bei Verlängerungsanträgen bitte die **Hinweise, Anmerkungen der Kommission** im letzten Endgutachten (Beratungsergebnis) **beachten**– ggf. geforderte Unterlagen dem Antrag beifügen.

Voraussetzungen speziell für die Beurteilung der Indikationsstellung Lp(a) Apherese

Für die Durchführung einer Apherese-Behandlung bei isolierter Lp(a) Erhöhung in der vertragsärztlichen Versorgung müssen folgende definierte Voraussetzungen sämtlich erfüllt sein:

☐ es liegt eine progrediente kardiovaskuläre Erkrankung (koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit, zerebrovaskuläre Erkrankung) vor,

☐ es ist mit dem Einsatz der Behandlungsmethoden gemäß dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht gelungen, die Progression der Erkrankung zu stoppen,

☐ es liegt ein stark erhöhter Lp(a)-Wert von über 60 mg/dl vor.

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

Diabetes mellitus: ☐ ja ☐ nein bekannt seit: _____

aktueller Nüchtern-BZ: _____ HBA1c (Normbereich) _____

Therapie: _____

Nephrotisches Syndrom: ☐ ja ☐ nein

Praeterminale Niereninsuffizienz: ☐ ja ☐ nein

Derzeitiges Blutdruckniveau

☐ überwiegend normoton ☐ überwiegend grenzwertig

☐ hyperton ☐ überwiegend hyperton

Seit wann wird LDL Apherese durchgeführt?

Zeitraum angeben: _____

Häufigkeit der LDL-Apherese-Behandlung: _____

Durchschnittliche Dauer der LDL-Apherese-Behandlung: _____

Behandlungsverfahren: _____

Behandelndes Blut- und Plasmavolumen: _____

Welche medikamentöse Therapie der Hypercholesterinämie wird derzeit durchgeführt?

Statin: _____ Dosierung: _____

Ionenaustauscher: _____ Dosierung: _____

Ezetrol _____ Dosierung: _____

PCSK9-Hemmer _____ Dosierung: _____

Sonstige _____ Dosierung: _____

Falls keine Maximaldosierung, Angabe der Gründe:

_____

_____

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

Bei Abbruch der Therapie, Angabe der Gründe:

Bei Nebenwirkungen UAW-Meldung erfolgt: ☐ ja ☐ nein

Sonstige medikamentöse Therapie:

Diätetische Maßnahmen

Einhaltung der Diät ☐ konsequent ☐ ausreichend ☐ ungenügend

☐ cholesterinarm ☐ ballaststoffreich

☐ fettarm ☐ fettmodifiziert ☐ sonstige

Bemerkungen:

Laborwerte

Das beigefügte Langzeitprofil (Tabellenvordruck) enthält Laborwerte, die direkt vor und unmittelbar nach der LDL-Apherese-Behandlung abgenommen wurden.

Welche kardiovaskulären Ereignisse sind aufgetreten?

Ein aktuelles kardiologisches bzw. angiologisches Gutachten ist beigefügt.

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Laborverlauf unter LDL Apherese-Behandlung sowie Körpergewicht

Laborparameter	LDL-Apherese-Behandlung	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme
LDL-Cholesterin (mg/dl) ***mind. 1xmonatlich***	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
*Lipoprotein (a) ☐ **(nmol/l)** ☐ **(mg/dl)** ***mind. 6 Monate/Jahr In 2-Monats-Abständen angeben***	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
Körpergewicht							
Gesamtcholesterin (mg/dl)	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
HDL-Cholesterin (mg/dl)	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
Triglyceride (mg/dl)	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
*Fibrinogen (mg/dl)	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						

Pflichtfelder

***** = Angabe nur erforderlich, falls Laborparameter vor Beginn der LDL-Apherese-Behandlung pathologisch erhöht war.

Bitte beachten Sie: Keine quantitative Lipidelektrophorese zur Validierung der Lipide.

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Laborparameter	LDL-Apherese-Behandlung	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme
LDL-Cholesterin (mg/dl) ***mind. 1xmonatlich***	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
*Lipoprotein (a) ☐ **(nmol/l)** ☐ **(mg/dl)** ***mind. 6 Monate/Jahr In 2-Monats-Abständen angeben***	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
Körpergewicht							
Gesamtcholesterin (mg/dl)	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
HDL-Cholesterin (mg/dl)	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
Triglyceride (mg/dl)	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						
*Fibrinogen (mg/dl)	direkt **vor** der Behandlung						
	direkt **nach** der Behandlung						

Pflichtfelder

*** =** Angabe nur erforderlich, falls Laborparameter vor Beginn der LDL-Apherese-Behandlung pathologisch erhöht war.

Bitte beachten Sie: Keine quantitative Lipidelektrophorese zur Validierung der Lipide.

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

……	……
Datum	Stempel und Unterschrift des antragstellenden Arztes

Erklärung des Patienten

Datenschutzbestimmungen werden beachtet. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (siehe oben) der Kommission der KV Hessen und meiner Krankenkasse zugänglich gemacht werden.

Die Weitergabe an Dritte ist nicht zulässig.

……	……
Datum	Unterschrift des Patienten

Stand: August 2024

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT