

*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)

### 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 des Beendigung des Nikotinabusus: ca. \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Team 1

Maria Kazantsidou  
Melanie Majarian  
Tel 069 24741-6522/-6675  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.3@kvhessen.de

Unsere Zeichen: MK / Maj

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

## Checkliste zum Antragsformular

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

Bei allen Befundunterlagen eines Patienten, sind die personenidentifizierende Daten unkenntlich zu machen. Insbesondere Name, Tag und Monat des Geburtsdatums sowie Adresse des Patienten, siehe Hinweisblatt der KV Hessen. Im Anschluss sind die Unterlagen mit dem entsprechenden Pseudonym zu versehen. Beachten Sie, dass alleine eine Schwärzung mit Faserstift in der Regel nicht ausreicht, gedruckter Text ist weiterhin lesbar.

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.

**Kontrollieren Sie, ob dem Antrag alle erforderlichen Unterlagen beigelegt sind. Bitte bestätigen Sie durch Ankreuzen, welche Unterlagen diesem Antrag beigelegt sind:**

- Antragsformular zur Durchführung der LDL Apherese / Lp(a) Apherese (nur für GKV Patienten) und Ankreuzen des Indikationsverfahrens
- Kardiologische bzw. angiologische Beurteilung (Belastungs-EKG) (Bitte immer eine aktuelle Beurteilung beifügen), und
- lipidologische Beurteilung zur Dokumentation der Progression der Erkrankung unter optimaler lipidsenkender Medikation unter optimierter senkender Medikation (Bitte immer eine 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.**

- 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)
- Zusammenfassung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs (Arztbrief & Epikrise)
- 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.

**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

hyperten  überwiegend hyperten

**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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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.

**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) <b>mind. 1xmonatlich</b>	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
*Lipoprotein (a) <input type="checkbox"/> (nmol/l) <input type="checkbox"/> (mg/dl) <b>mind. 6 Monate/Jahr In 2-Monats-Abständen angeben</b>	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
Körpergewicht							
Gesamtcholesterin (mg/dl)	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
HDL-Cholesterin (mg/dl)	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
Triglyceride (mg/dl)	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
*Fibrinogen (mg/dl)	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						

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

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

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) <i>mind. 1xmonatlich</i>	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
*Lipoprotein (a) <input type="checkbox"/> (nmol/l) <input type="checkbox"/> (mg/dl) <i>mind. 6 Monate/Jahr In 2-Monats-Abständen angeben</i>	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
Körpergewicht							
Gesamtcholesterin (mg/dl)	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
HDL-Cholesterin (mg/dl)	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
Triglyceride (mg/dl)	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						
*Fibrinogen (mg/dl)	direkt <b>vor</b> der Behandlung						
	direkt <b>nach</b> der Behandlung						

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

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

.....  
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: 04.08.2021