

*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.*

Ersterhebungsbogen

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

Anna Wandrei
Ilona Spurfeld
Tel 069 24741-6094/-6190
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.3@kvhessen.de

Unsere Zeichen: AW/SI

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

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.

TSH: _____

Diabetes mellitus: ja nein bekannt seit: _____

aktueller Nüchtern-BZ: _____ HBA1c (Normbereich) _____

Therapie: _____

Derzeitiges Blutdruckniveau

überwiegend normoton überwiegend grenzwertig

hyperton überwiegend hyperton

Therapie:

Eigene Anamnese

Familienanamnese

Nur falls LDL erhöht:

Wurden Ursachen sekundärer Hyperlipidämie ausgeschlossen, wie z. B. Nephrotisches Syndrom und fortgeschrittene Niereninsuffizienz, Schilddrüsenerkrankung, Pankreaserkrankung, Lebererkrankung, Paraproteinämie, Diabetes mellitus, Cushing-Syndrom und Sonstige? ja nein

Diätetische Maßnahmen

- 1) Eine diätetische Unterweisung ist erfolgt ja nein
- 2) Wann? _____
- 3) Durch wen? _____
- 4) Welche Diät wurde verordnet? _____
- cholesterinarm ballaststoffreich
- fettarm fettmodifiziert sonstige

Hinweis: Bitte werten Sie ein mindestens 3-tägiges Ernährungsprotokoll aus!

- 1) Einhaltung der Diät konsequent ausreichend ungenügend
- 2) Bemerkungen: _____
- _____

Welche medikamentöse Therapie der Hypercholesterinämie / Lp(a) Erhöhung wird 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:

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 dt. Ärzteschaft oder an das BfArM erforderlich

UAW-Meldung ist erfolgt:

ja

nein

Hinweis: Bitte fügen Sie eine Kopie der UAW-Meldung bei !

Sonstige medikamentöse Therapie

Bitte geben Sie **mindestens 12 Werte** über einen Zeitraum von **mindestens 12 Monaten** in geeigneten Abständen mit genauer Dosis der begleitenden lipidsenkenden Therapie sowie das Körpergewicht an. Bitte fügen Sie **zusätzlich** die antragsrelevanten **Laborwerte im Original** bei.

Laborparameter	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme
Gesamtcholesterin (mg/dl)						
LDL-Cholesterin (mg/dl)						
HDL-Cholesterin (mg/dl)						
Triglyceride (mg/dl)						
Lp(a) "falls erhöht" <input type="checkbox"/> (nmol/l) <input type="checkbox"/> (mg/dl)						
Sonstige						
Therapie						
ggf. Nebenwirkungen						
Körpergewicht						

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

Laborparameter	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme	Datum der Blutentnahme
Gesamtcholesterin (mg/dl)						
LDL-Cholesterin (mg/dl)						
HDL-Cholesterin (mg/dl)						
Triglyceride (mg/dl)						
Lp(a) "falls erhöht" <input type="checkbox"/> (nmol/l) <input type="checkbox"/> (mg/dl)						
Sonstige						
Therapie						
ggf. Nebenwirkungen						
Körpergewicht						

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

Angaben zur geplanten Behandlung

Behandlungsfrequenz: _____

Behandlungsverfahren: _____

Behandlungsdauer: _____

Durchführender Arzt: _____

Die kardiologischen bzw. angiologischen **und** lipidologischen Beurteilungen durch andere Ärzte und die bisherige Therapie/Verlaufskontrolle sind gemäß § 4 Richtlinie Methoden Vertragsärztliche Versorgung beigefügt, UAW-Meldung ist erfolgt:

ja

nein

.....
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: 13.02.2023