

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-567
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Indikationsstellung für die ambulante Durchführung der Lipidapherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren im Einzelfall (Patient)

Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung/ Nr. 1 der Anlage I, in der Fassung vom 17. Januar 2006, zuletzt geändert am 19. Juli 2018 (BAnz. AT 11.10.2018 B2)
- in Kraft getreten am 12. Oktober 2018 -

1. Indikationsstellender Arzt:

Name: _____ Vorname: _____

Praxis- bzw. Einrichtungsanschrift: _____

Tel.-Nr. der Praxis bzw. Einrichtung: _____

2. Patientendaten

Pseudonym: _____

Geschlecht: _____

Geburtsjahr: _____

leistungspflichtige Krankenkasse, ggf. Anschrift der zuständigen Geschäftsstelle:

***** BITTE BEACHTEN *****

Nur vollständig ausgefüllte Anträge können bearbeitet werden!

Indikationsstellung

- Erstindikationsstellung
- Indikationsstellung für die Fortsetzung

Durchführung der Lipidapherese

- bei familiärer Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung
- bei schwerer Hypercholesterinämie, bei der grundsätzlich mit einer über 12 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 (koronaren Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder zerebrovaskuläre Erkrankungen)

A. LIPIDOLOGISCHE DIAGNOSE: Bitte nicht auf Anlage verweisen!

B. KARDIOLOGISCHE DIAGNOSE: Bitte nicht auf Anlage verweisen!

C. KARDIOLOGISCHE/ANGIOLOGISCHE BEFUNDE
mit Aussagen zur Progression:
(nicht älter als 6 Monate und mindestens eine Angiographie)

D. INTERVENTIONEN: (Bypass, PTCA, Stent) Bitte nicht auf Anlage verweisen!

**E. NUR bei Indikationsstellung für die Durchführung der Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung:
Vorlage zweier bildgebender Befunde mit gleichem Verfahren
(Coronar-Angiografie, bei Kontraindikation: Myokardszintigrafie, Angio-MRT)**

1. Befund vom: _____

2. Befund vom: _____

klinische Progression: JA NEIN

F. WEITERE DIAGNOSEN: Bitte nicht auf Anlage verweisen!

G. THERAPIEVERLAUF: Bitte nicht auf Anlage verweisen!

1. Werte während 12 Monate dokumentierter diätetischer und maximaler medikamentöser Therapie mit Lipidsenkern

zum Beispiel:

Moderate Intensität Therapie nach Stone, 2013 AHA Guidelines JACC 2014
Simvastatin 40 mg/d; Pravastatin 40-(80) mg/d; Lovastatin 40 mg/d

Hohe Intensität Therapie nach Stone, 2013 AHA Guidelines JACC 2014
Atorvastatin (40)-80 mg/d; Rosuvastatin 20-(40) mg/d

Ezetrol 10 mg (AM-RL Anlage IV)

Bitte mit Angabe der Einheiten und patientenspezifischen Referenzbereiche im bestimmenden Labor.

H. HERZINFARKT VOR DEM 60. LEBENSJAHR BEI VERWANDTEN 1. GRADES:

I. FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNG BEI VERWANDTEN 1. GRADES:

(Angaben nicht erforderlich für die Indikationsstellung zur Durchführung der Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung)

J. KLINISCHE BEFUNDE / RISIKOFAKTOREN:

Körpergröße:	Körpergewicht:	BMI:	RR:
_____	_____	_____	_____

Arterielle Hypertonie:

JA NEIN

Raucher:

JA NEIN

• Zeitpunkt des Beginns des Nikotinabusus:

ca. _____

• bisher erreichte „pack years“:

ca. _____

EX-Raucher:

JA NEIN

• Zeitpunkt des Beginns des Nikotinabusus:

ca. _____

• Zeitpunkt des Endes des Nikotinabusus:

ca. _____

• bisher erreichte „pack years“:

ca. _____

Diabetes mellitus:

JA NEIN

Xanthome (kutan und tendinös):

JA NEIN

Arcus lipoides:

JA NEIN

Handlinienxanthome:

JA NEIN

Eruptive Xanthome:

JA NEIN

GFR < 60ml/min:

JA NEIN

3. Erklärung des indikationsstellenden Arztes:

Mir ist bekannt, dass

- die Durchführung und Abrechnung der LDL-Apheresen erst erfolgen kann, wenn die leistungspflichtige Krankenkasse dem Patienten den Leistungsbescheid erteilt hat (gemäß § 7 der Nr. 1 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).
- die Genehmigung zur Durchführung der LDL-Apheresen im Einzelfall auf ein Jahr befristet ist (gemäß § 8 der vgl. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).
- gemäß § 8 der Nr. 1 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) die Fortführung der LDL-Apheresen (Behandlungsindikation gemäß § 3 Abs. 1 oder 2 mit einer erneuten, ergänzenden ärztlichen Beurteilung gemäß § 4) von einer erneuten Befürwortung der beratenden Kommission der KV und einer erneuten Genehmigung der leistungspflichtigen Krankenkasse abhängig ist.
- die Auswahl des Verfahrens zur LDL-Apherese für jeden Einzelfall und in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem begutachtenden Arzt und unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erfolgt (gemäß § 9 Abs. 1 der o.g. Richtlinie)

und

- nur Verfahren angewandt werden dürfen, die eine Absenkung des jeweiligen LDL-Ausgangswertes um mindestens 60% je Therapiesitzung bei höchstens 6 Stunden Dauer erreichen (gemäß § 9 Abs. 2 der o.g. Richtlinie).

4. Hinweis

Als Anlagen wurden von mir beigefügt:

- die gemäß § 4 der o.g. Richtlinie erforderliche kardiologische bzw. angiologisch Beurteilung des Patienten (nicht älter als 6 Monate)

durch Frau/Herrn _____

- die gemäß § 4 der o.g. Richtlinie erforderliche lipidologische Beurteilung des Patienten (nicht älter als 6 Monate)

durch Frau/Herrn _____

***** BITTE BEACHTEN *****

Alle Anlagen müssen pseudonymisiert eingereicht werden.

5. Maßnahmen zum Datenschutz

Die schriftliche Einwilligung des Patienten zur Übermittlung der pseudonymisierten Unterlagen an die Kommission:

- liegt vor
 wird nachgereicht

Die eingereichten Unterlagen können erst **nach** Bestätigung des Vorliegens einer schriftlichen Einwilligung an die zuständige Kommission zur Beratung weitergeleitet werden.

Die Zustimmung meines vg. Patienten zur Übermittlung des Beratungsergebnisses der QS Kommission Dialyse an meine Praxis liegt mir vor.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier gemachten Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel