

Patientenantrag zur LDL-Apherese nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren Doctores,

Sie behandeln einen Patienten/eine Patientin mit einem LDL-Eliminationsverfahren oder planen, einen Patienten/eine Patientin einer solchen Behandlung zuzuführen. Die beratende Kommission der KV Nordrhein benötigt von Ihnen die unten erfragten Informationen zu dem betreffenden Behandlungsfall als Grundlage für ihre Beratung. Um einen vollständigen Überblick über den Behandlungsfall zu erhalten bitten wir Sie, freundlicherweise auch dann den vorliegenden Bogen auszufüllen, wenn Sie bereits Angaben zu dem Patienten gemacht haben bzw. entsprechende Unterlagen eingesandt haben.

Bitte berücksichtigen Sie, dass aus den dem Antrag beizufügenden Unterlagen neben dem Pseudonym lediglich das Geburtsjahr und das Geschlecht hervorgehen darf. Alle anderen Angaben, anhand derer der Patient identifiziert werden könnte, sind unkenntlich zu machen.

Erstantrag

Folgeantrag

1. Patientendaten:

| | | |
|----|--|--|
| a) | Pseudonym (Vergabe siehe Anlage) | |
| b) | Geburtsjahr | |
| c) | Geschlecht | |
| d) | Antragstellender Arzt | |
| e) | Datum des Antrages/Zeitpunkt, seit dem sich der Patient im Eliminationsprogramm befindet | |
| f) | Name und Adresse der leistungspflichtigen Krankenkasse | |
| g) | Indikationsstellender Arzt | |

2. Lipidstatus vor Therapie und während maximaler konservativer Behandlung

| | | | |
|----|---------------------------------|------|----------|
| a) | Gesamtcholesterin | vor: | während: |
| b) | HDL-Cholesterin | vor: | während: |
| c) | LDL-Cholesterin | vor: | während: |
| d) | Triglyceride | vor: | während: |
| e) | LP (a)/Fibrinogen | vor: | Während: |
| f) | Lipidelektrophoretischer Befund | vor: | während: |

3. Dokumentation der konservativen lipidsenkenden Therapie

| | Art der Maßnahme | Bei Med.: Substanz/Dosierung: | Dauer der Gabe bis zur Erfolgsbeurteilung | Bemerkung (Unverträglichkeiten, abgesetzt o.ä.) |
|----|----------------------|----------------------------------|--|--|
| a) | Synthesehemmer | | | |
| b) | Fibrate | | | |
| c) | Ionenaustauscher | | | |
| d) | Andere Med. | | | |
| e) | Ernährungsumstellung | | | |
| f) | Gewichtsreduktion | Gr./Gew. | Zielgew. | |

Behandlungsversuch mit PCSK9-Hemmern und/oder Bempedoinsäure (nicht bei LP (a) Fällen) bitte geben Sie an, ob ein entsprechender Behandlungsversuch unternommen wurde, falls nicht bitten wir um entsprechende Begründung

| g) | | Dosierung | Dauer der Gabe bis zur Erfolgsbeurteilung | Bemerkung (Unverträglichkeiten, abgesetzt, Begründung kein Versuch) |
|----|----------------|-----------|--|--|
| | PCSK-9 Hemmer | | | |
| | Bempedoinsäure | | | |

4. Überblick über das sonstige Risikoprofil und ggf. seine Behandlung

| | | | |
|----|------------|------------------------------------|--|
| a) | Nikotinguß | Wie viele Zigaretten/ seit wann | Beendet? Reduziert? Seit wann? |
|----|------------|------------------------------------|--|

| | | | |
|----|-----------------------|---|---|
| b) | Diabetes mellitus | Typ? Seit wann: Spätsyndrom? | Therapie? Stoffwechselführung im Berichtszeitraum (HbA1c)? |
| c) | Arterielle Hypertonie | Schweregrad? Gesicherte Fundusveränderungen? | Therapie? Blutdruckführung im Berichts-zeitraum? |
| d) | Familiäre Belastung | Bitte ggf. kurze Angaben zu Eltern und Geschwistern | |

5. Überblick über bislang eingetretene Gefäßkomplikationen

| | Zielorgan | Art und Ausmaß der Gefäßveränderungen | Wie gesichert? Wann? * | Klinische Komplikationen schon eingetreten? | Progression trotz maximaler konservativer Therapie? |
|----|------------------------|---------------------------------------|------------------------|---|---|
| a) | Koronarien | | | | |
| b) | Hirnversorgende Gefäße | | | | |
| c) | Becken-Beingefäße | | | | |
| d) | Andere Gefäßprovinzen | | | | |

*Bitte legen Sie alle Ihnen vorliegenden Ablichtungen folgender Befundberichte in pseudonymisierter Fassung bei:

- Angiographische Untersuchungen,
- Befundberichte von PTCA - oder PTA - Behandlungen,
- Koronar- oder gefäßchirurgische Operationsberichte

6. Verlaufsdokumentation bei gegenwärtig oder früher durchgeführter LDL-Eliminationsbehandlung

| Angaben zur Behandlungsfrequenz | |
|--|---|
| a) | Geplante Frequenz (z.B. 1x/Woche) |
| b) | Tatsächlich durchgeführte Behandlungen (z.B. 3/Monat) |
| c) | Seit wann? |

| Ursachen für Behandlungsausfälle | | ggf. Bemerkungen |
|--|---|------------------|
| d) | Interkurrente Erkrankung | |
| e) | Technische Probleme | |
| f) | Gefäßzugangsprobleme | |
| g) | Complianceprobleme | |
| Angaben zu Plasma-/Blutbehandlungsvolumen | | ggf. Bemerkungen |
| h) | Geplantes Behandlungsvolumen (z.B. 3000 ml/Woche) | |
| i) | Effektiv behandeltes Volumen | |

| Angaben zur Anstiegskinetik | | Chol. | LDL-Chol. | Trigl. | LP (a) | Fibrinogen |
|------------------------------------|---|-------|-----------|--------|--------|------------|
| j) | Durchschnittliche prä-Behandlungswerte | | | | | |
| k) | Durchschnittliche post-Behandlungswerte | | | | | |

Ist eine genaue **Anstiegskinetikuntersuchung** (z.B. durch tägliche Laborbestimmung zwischen zwei Eliminationsbehandlungen) durchgeführt worden (Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. Bemerkungen)?

| | | |
|----|------|--|
| l) | ja | |
| m) | nein | |

Falls ja, bitte kurze Mitteilung der Ergebnisse:

Beabsichtigtes / durchgeführtes Verfahren zur LDL-Elimination:

Weitere Anmerkungen:

Ich versichere, dass ich zeitgleich an die Krankenkasse des Patienten/
der Patientin das Pseudonym, den zugehörigen Namen und die Versicherten-
nummer übermittelt habe.

Ich bestätige, dass mir eine schriftliche Einwilligung des Patienten/
der Patientin zur Vorlage der bis auf Geburtsjahr und Geschlecht unkenntlich
gemachten Unterlagen bei der Kommission sowie zur Übermittlung eines
Pseudonyms und seines/ihrer Namens an die Krankenkasse vorliegt.

Datum

Unterschrift

Arztstempel

Anlage: Anleitung zur Pseudonymisierung

Zur Vereinheitlichung des Verfahrens und zur Gewährleistung einer identischen Pseudonymisierung, z.B. bei einem Wechsel des Arztes, möchten wir Sie bitten das Pseudonym für die jeweiligen Patienten anhand der nachfolgenden Vorgabe zu vergeben:

1. erste und zweite Stelle: erster und zweiter Buchstabe des ersten Vornamens
2. dritte und vierte Stelle: erster und zweiter Buchstabe des Familiennamens,

Titel wie „Dr.“ und separate Namenszusätze wie „von“, „zu“, „de“, „van de“, „le“ sind nicht einzusetzen (Bsp.: Dr. von **S**chwanstein)
Namensteile wie „Abdel“, „Abou“, „Mac“, „Al-“, „El-“ sind hingegen einzusetzen,
Sonderzeichen sind nicht einzusetzen (Bsp. D'Amore wird mit DA codiert),
3. fünfte Stelle: Geschlecht
„F“ für female (weiblich), „M“ für male (männlich)
4. sechste bis achte Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr (Bsp.16.07.1968)

Für das Pseudonym sind Großbuchstaben zu verwenden (Ausnahme „ß“).
Umlaute Ä, Ö, Ü sind ebenso einzutragen.

z.B. Patientin: **Hanna von Mühlenstein**, geb. **12.08.1974**
Pseudonym: HAMÜF284

Die auf der Grundlage dieser Anleitung erzeugten Schlüssel haben den Vorteil, dass sie bei jedem Einsatz zu dem gleichen, eindeutigen Ergebnis führen, sich aber trotzdem nicht rückauflösen lassen. Auf diese Weise kann also auch die eindeutige Zuordnung eines Folgeantrages zu einem Erstantrag im Falle der Apherese erfolgen. Ebenso würde die Verschlüsselung in unterschiedlichen Praxen das gleiche Ergebnis aufweisen. Im Fall einer Namensänderung (z.B. Heirat o.ä.) bitten wir um eine entsprechende Änderungsmitteilung und Anpassung des Pseudonyms.