

2. Angaben zum Patienten:

<input type="checkbox"/> Erstantrag - Geplanter Therapiebeginn: _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">MM JJJJ</div> <input type="checkbox"/> Folgeantrag (frühestens 3 Monate vor Ablauf der Genehmigung stellen) - Genehmigung läuft bis _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">MM JJJJ</div>
<p>Pseudonym des Patienten: (Siehe „Wichtige Informationen“ auf Seite 8) _____</p> <div style="margin-left: 300px;"> <p>1. und 2. Stelle: 1. und 2. Buchstabe des 1. Vornamens</p> <p>3. und 4. Stelle: 1. und 2. Buchstabe des Nachnamens</p> <p>5. Stelle: Geschlecht („F“ für weiblich, „M“ für männlich)</p> <p>6. bis 8. Stelle: jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr</p> </div>
Krankenkasse _____ Geburtsjahr: _____ Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ BMI: _____ = Gewicht in Kilogramm (Größe in m x Größe in m) Blutdruck: _____ / _____ (mm Hg) Raucher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; ggf. Nichtraucher seit _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">MM JJJJ</div>
<p>Indikation:</p> _____ _____ _____
<p>Diagnosen:</p> _____ _____ _____ _____
<p>Ggf. familiäre Vorbelastung welcher Art:</p> _____ _____
<p>Hypercholesterinämie Typ IIA gesichert:</p> <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> heterozygot <input type="checkbox"/> homozygot <input type="checkbox"/> nein
<p>Nur bei Erstanträgen auszufüllen: Bei Indikation: Isolierte Lp(a)-Erhöhung (z. B. nach Erreichen eines LDL-Wertes ≤ 100 mg/dl):</p> Seit wann bestehen LDL-Werte ≤ 100 mg/dl? _____ <div style="text-align: center; margin-left: 100px;">MM JJJJ</div> <p>Bitte Werte beifügen!</p>
<p>Ist es seit der Normalisierung der LDL-Werte zu einer klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierten Verschlechterung der Erkrankung gekommen?</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gesicherte Arteriosklerose:

- Carotis

- ja, Erläuterung: _____
- nein
- nicht bekannt

- AVK

- ja, Art/ Stadium/ Gehstrecke: _____
- nein
- nicht bekannt

Der Patient ist amputiert: ja nein

Der Patient ist Dialysepatient: ja nein

Der Patient ist Diabetiker: ja, der Patient ist insulinpflichtig: ja nein
 nein

Progrediente KHE: ja nein

Myokardinfarkt in der Anamnese: ja nein

Z. n. PTCA: ja nein

+Z. n. Stent: ja nein

Z. n. Bypass: ja nein

AP-Symptomatik (aktuell): ja: stabil instabil
 nein

Durch bildgebende Verfahren dokumentierte Verschlechterungen:

Datum	Untersuchung	Befund

Laborwerte (Den beigefügten Laborbefunden muss das Abnahmedatum zu entnehmen sein.)

- Ohne Therapie (bei Erstantrag):

Abnahmedatum: _____	Chol. ges.	mg/dl
	LDL	mg/dl
	HDL	mg/dl
	Lp(a)	mg/dl
	Fibrinogen	mg/dl

- Ohne Apherese unter lipidsenkender medikamentöser Behandlung

(bei Erstantrag oder nach Auslassversuch):

Abnahmedatum: _____		Art der Medikation	Seit wann:	Dosierung
	Chol. ges.	mg/dl		
	LDL	mg/dl		
	HDL	mg/dl		
	Lp(a)	mg/dl		
	Fibrinogen	mg/dl		

- Unter Apheresebehandlung (obligat bei Folgeanträgen für Patienten mit Hypercholesterinämie gemäß Anlage I Nr. 1 § 3 Abs. 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).

Unmittelbar vor Lipidapherese			Unmittelbar nach Lipidapherese		
Abnahmedatum: _____			Abnahmedatum: _____		
	Chol. ges.	mg/dl		Chol. ges.	mg/dl
	LDL	mg/dl		LDL	mg/dl
	HDL	mg/dl		HDL	mg/dl
	Lp(a)	mg/dl		Lp(a)	mg/dl
	Fibrinogen	mg/dl		Fibrinogen	mg/dl

Behandlungsfrequenz

1 x wöchentlich
 2 x wöchentlich
 1 x 2-wöchentlich
 1 x 3-wöchentlich

Chron. intermittierende Apheresebehandlung seit:

_____ MM JJJJ

Aktuelle lipidsenkende Medikation:

Medikation	Dosierung	Medikation	Dosierung

Ezetimib: ja nein, Begründung: _____

Bempedoinsäure: ja nein, Begründung: _____

Einsatz von PC SK-9-AK: ja nein

Falls **ja**, Medikament: _____ seit _____
MM JJJJ

Applikation Nr.	Datum	Dosis	Werte in mg/dl vor Dosisgabe	
			LDL	Lp(a)
1. Dosis				
2. Dosis				
3. Dosis				
Weitere Applikationen erfolgen im Abstand von jeweils 14 Tagen (bitte X)	Ja	Nein		

Falls **nein**, Begründung: _____

Einsatz von Inclisiran: ja nein

Falls **ja**, Medikament: _____ seit _____
MM JJJJ

Applikation Nr.	Datum	Dosis	Werte in mg/dl vor Dosisgabe	
			LDL	Lp(a)
1. Dosis				
2. Dosis nach 3 Monaten				
3. Dosis 6 Monate nach 2. Dosis				
Weitere Applikationen erfolgen im Abstand von 6 Monaten (bitte X)	Ja	Nein		

Falls **nein**, Begründung: _____

Falls Unverträglichkeit von medikamentöser Therapie:

Medikation	Dosierung	Symptomatik

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 deutschen Ärzteschaft oder an das BfArM erforderlich (siehe nächste Seite).

UAW-Meldung für jedes unverträgliche Medikament ist erfolgt und dokumentiert:

ja nein, ggf. Gründe:

Nach Anlage I Nr. 1 § 9 Abs. 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung erfolgt die Auswahl des Verfahrens zur LDL-Apherese für jeden Einzelfall in Abstimmung zwischen dem behandelnden Arzt und dem begutachtenden Arzt unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Bei Patienten mit Hypercholesterinämie werden ausschließlich Verfahren angewandt, die eine Absenkung des jeweiligen LDL-Ausgangswertes um mindestens 60 % je Therapiesitzung bei höchstens 6 Stunden Dauer erreichen (Anlage I Nr. 1 § 9 Abs. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung).

Geplantes Aphereseverfahren:

- DALI-Verfahren HELP-Verfahren Dextransulfatadsorption
 Membran-Differential-Filtration (MDF)-Verfahren Immunadsorption (System Therasorb)

Bemerkungen:

- Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich das Pseudonym des Patienten, den zugehörigen Namen und die Versichertennummer zeitgleich an die Krankenkasse übermittelt* habe
(*Einen geeigneten Vordruck finden Sie auf der letzten Seite dieses Antrags.)

und

- mir eine schriftliche Einwilligung** des Patienten - zur Vorlage der bis auf das Geburtsjahr und das Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen bei der Beratungskommission sowie zur Übermittlung des Pseudonyms des Patienten, seines Namens und seiner Versichertennummer an die Krankenkasse - vorliegt.
(** Einen Vordruck **zum Verbleib in Ihrer Patientenakte** finden Sie auf Seite 7.)

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass nur vollständig ausgefüllte Formulare weiter bearbeitet werden können.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Kopie dem Antrag beizulegen.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungsberechtigter /
MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Sind dem Antrag beigefügt
1) Aktuelle Originalbefunde des bestimmten Labors (Erst- u. Folgeantrag), jedoch nicht älter als 2 Monate	<input type="checkbox"/>
2) Eintragung der Werte auf Seite 4 „Unter Apheresebehandlung“ erfolgt	<input type="checkbox"/>
3) Unabhängige lipidologische Beurteilung (obligat bei Erstantrag, jedoch nicht älter als 6 Monate ; bei Folgeantrag sind i. d. R. Laborbefunde ausreichend)	<input type="checkbox"/>
4) Unabhängige kardiologische Beurteilung (Erst- u. Folgeantrag), ggf. Herzkatheterbericht, jedoch nicht älter als 6 Monate	<input type="checkbox"/>
5) ggf. Kopie der UAW-Meldung	<input type="checkbox"/>
6) Bei Erstantrag und Indikation Lp (a): LDL-Werte seit Normalisierung möglichst über längeren Zeitraum dokumentieren	<input type="checkbox"/>

Anlage: Datenschutzerklärung des Patienten

zum **Antrag auf Genehmigung der Lipidapheresebehandlung** gemäß Anlage I Nr. 1 § 3 der
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Diese Erklärung verbleibt beim Antragsteller

Patient

Name _____, Vorname _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

Herr/ Frau _____
(Titel, Name des antragstellenden Arztes)

die vollständige Dokumentation und die ergänzende medizinische Beurteilung gemäß Anlage I Nr. 1 §§ 4 und 5 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zur Prüfung an die Beratungskommission übermittelt. Bis auf das Geburtsjahr und das Geschlecht werden alle personenidentifizierenden Angaben unkenntlich gemacht. Die Unterlagen werden mit einem Pseudonym sowie Namen und Adresse meiner Krankenkasse versehen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass der Antragsteller das Pseudonym, meinen Namen sowie meine Versichertennummer zeitgleich an meine Krankenkasse übermittelt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient 

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Im Rahmen der Umsetzung der geänderten Datenschutzanforderungen die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurden und am 03.10.2014 in Kraft getreten sind, **müssen bei Antragstellung zur Apheresebehandlung eines Patienten personenidentifizierende Daten in den Befundunterlagen unkenntlich gemacht und die gesamte Akte mit einem Pseudonym versehen werden.** Dabei kann entsprechend der Vorgabe der Bundesopiumsstelle beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) verfahren werden, die folgendes Pseudonym vorsieht:

- | | |
|-------------------|--------------------------------------|
| 1. und 2. Stelle: | 1. und 2. Buchstabe des 1. Vornamens |
| 3. und 4. Stelle | 1. und 2. Buchstabe des Nachnamens |
- (Titel wie „Dr.“ und separate Namenszusätze wie „von“, „zu“, „de“, „van de“, „le“ sind nicht zu berücksichtigen, Namensteile wie „Abdel“, „Abou“, „Mac“, „Al-“, „El-“, dagegen schon; Sonderzeichen wie „D_A“ sind nicht einzusetzen)
- | | |
|-------------------|--|
| 5. Stelle | Geschlecht („F“ für weiblich, „M“ für männlich) |
| 6. bis 8. Stelle: | jeweils letzte Ziffer von Geburtstag, -monat und -jahr |

Beispiele:

Patientin: Hanna von Mühlenstein, geb. 12.08.1974
Pseudonym: HAMÜF284

Patient: Evgenji El-Kassir, geb. 08.03.1966
Pseudonym: EVELM836

Patient: Kurt van Hofen, geb. 03.06.1991
Pseudonym: KUHOM361

Personenidentifizierende Daten sind auch in den beigefügten Nachweisen unkenntlich zu machen. Bitte denken Sie auch daran, das Pseudonym zeitgleich bei Antragstellung zusammen mit dem Namen und der Versichertennummer des Patienten der Krankenkasse zu übermitteln.

Die komplette Darstellung des SGB V, der Bundesmantelverträge und der Ärzte – ZV können Sie bei Bedarf unter <https://www.kvb.de/service/rechtsquellen/b/> abrufen.

Die aktuellen Richtlinien zur Apheresebehandlung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) finden Sie unter:
<http://www.g-ba.de/beschluesse/692/>

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.
Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Anschrift Krankenkasse:

Lipidapheresebehandlung gemäß Anlage I Nr. 1 § 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

- Mitteilung an die Krankenkasse

Mit heutigem Tag habe ich bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns einen Antrag zur Apheresebehandlung gestellt und übermittle Ihnen in diesem Zusammenhang die gemäß § 6 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung erforderlichen Daten

für Patient
Name _____, Vorname _____
Geburtsdatum _____ tt.mm.jj
Pseudonym _____
Versichertennummer _____

Ort, Datum

Unterschrift behandelnder Arzt

Stempel Praxis