

# Antrag auf Durchführung einer LDL-Elimination

(entspr. §§ 3 und 4 der Richtlinie zur ambulanten Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß Anlage 1Nr. 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung in der Fassung vom 11.November 2010)

**1. Indikationsstellender Arzt:** .....  
(Arztstempel)

**2. LDL-Apherese durchführender Arzt:** .....  
(Arztstempel)

**3. Patientendaten:** .....  
(Name/Anschrift )

**Geb.-Datum:** ..... **Vers.-Nr.:** ..... **Geschl.:**.....

**Krankenkasse des Patienten:** .....  
(Anschrift)

## 4. Indikation - Begründung der Therapie

**4.1 Anamnese**      Gewicht (kg): .....      Größe (cm): .....      BMI: .....

**KHK/Gefäßerkrankungen:** .....

**Risikofaktoren** (Hypertonus, Diabetes, Nikotinanamnese, Alkoholanamnese u. a.)

**Familienanamnese** (familiäre Hypercholesterinämie, KHK/ Fettstoffwechselstörungen u. a.)

**isolierte Lp(a) Erhöhung:**       ja       nein

**Durchgeführte Behandlungen/Maßnahmen:**

allgemeine Maßnahmen (Diät/ Gewichtsverhalten u. a.): .....

**Medikamente:** <sup>1)</sup> (Art/ Dauer): .....

.....

.....

.....

.....

**4.2 Kardiolog./Angiologische Abklärung** (Befunde bitte beilegen)

Ruheblutdruck. .... Langzeit-Blutdruckmessung: .....

EKG / Belastungs-EKG (ggf. Befundbeilage)

.....

.....

.....

Angiol. Befundung: (Gefäßsonographie/ LZ-EKG/ Echokardiographie/ Koronarangiographie)

.....

.....

.....

**4.3 Internistisch-lipidologische Abklärung**

**4.3.1 Lipidparameter** <sup>2)</sup>

	Zeitlicher Verlauf				
Quartal/Jahr (Abnahmedatum)					
Therapieangaben Apherese-Frequenz					
Medikamente (Dosis)					
Chol. ges. (mg/dl)					
TG ges. (mg/dl)					
HDL-Chol. (mg/dl/l)					
LDL-Chol. (mg/dl)					
Fibrinogen (mg/dl)					
Lp (a) (mg/dl)					

**4.3.2 Medikamentenanamnese**

Medikament	Eingesetzt von - bis	Abgesetzt wegen	Arzneimittel-NW gemeldet (ja/nein)

### 4.3.3 Molekulargenetischer Befund (fakultativ)

LDLR	
ARH	
LPL	
APOB	
APOE	

### 4.3.4 Lipidologische Gesamtbeurteilung

.....

.....

.....

.....

Für lipidologische Abklärung verantwortlicher Arzt: .....  
 (Name, Anschrift, Stempel)

.....  
 Ort, Datum  
 .....  
 Unterschrift des Arztes

### 5. Zusammenfassende Risikobeurteilung <sup>3)</sup>

.....

.....

.....

.....

### Geplantes Apherese Verfahren:

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

### Bestätigung der Richtigkeit der Angaben:

Für die Indikationsstellung verantwortlicher Arzt <sup>4)</sup>

.....  
 Ort, Datum  
 .....  
 Unterschrift des indikationsstellenden Arztes

### 6. Erläuterungen

- 1) Hier sollten alle Medikamente aufgeführt werden. Insbesondere auch die Antihypertensiva und Antidiabetika. Art und Dauer der lipidsenkenden Therapie sollte hingegen in der Tabelle der Laborwerte vermerkt werden.
- 2) Aus der Tabelle der Lipidparameter sollte der zeitliche Verlauf im Zusammenhang mit den therapeutischen Maßnahmen ersichtlich sein. Eine ausgeschöpfte konservative Therapie von mindestens 12 Monaten bei Antragstellung ist entsprechend der Richtlinien erforderlich.
- 3) Die Risikobeurteilung sollte sowohl das Gesamtrisiko als auch das allein von der Hyperlipidämie ausgehende Risiko des Patienten berücksichtigen. Die entscheidende Frage ist, in welchem Umfang sich die durch die LDL-Apheresetherapie zu erwartende Risikoreduktion auf das Gesamtrisiko auswirkt.
- 4) Entsprechend den Richtlinien der KBV sollte der indikationsstellende Arzt den Patienten längere Zeit kennen und ein langfristiges Betreuungsverhältnis aufgebaut haben. Entsprechend der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung darf der indikationsstellende Arzt nicht der die Apherese durchführende Arzt sein.

## Einverständniserklärung

gemäß § 5 der Anlage I Nr. 1 „Ambulante Durchführung der Apherese als extrakorporales Hämotherapieverfahren“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung in der aktuellen Fassung vom 11. November 2010

Hiermit erkläre ich,

Patientenname:  
geboren am:  
Anschrift:

dass (Name des indikationsstellenden / antragstellenden Arztes oder Arztstempel)

Herr/Frau:  
Anschrift:

berechtigt ist, im Zusammenhang mit einer notwendigen Apherese Behandlung gem. §§ 3, 4 und 7 dieser Richtlinie meine personenbezogenen Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) zu übermitteln. Ich bin einverstanden, dass diese Daten der beratenden Kommission der KVS zur Verfügung gestellt werden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten

# Begutachtung der Kommission

**Patient:** .....

- Gegen die Durchführung der LDL-Apherese bestehen keine Bedenken
- Die Durchführung der LDL-Apherese wird nicht empfohlen aus folgenden Gründen:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Kommission