



Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Abteilung Qualitätssicherung  
**Herrn Dieter Korte**  
Robert-Schimrigk-Str. 4-6  
44141 Dortmund

Fax an: 0231 / 9432-1569  
0231 / 9432-81550  
E-Mail: Dieter.Korte@kvwl.de



## Erstantrag

zur Beratung der Indikationsstellung zur Apheresebehandlung  
durch die Sachverständigen-Kommission

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch

### Indikationsstellender Arzt

Titel, Vorname, Name:

PLZ, Ort, Straße

### Hinweis:

Bitte übermitteln Sie zeitgleich der Krankenkasse des Patienten das Pseudonym, den Patientennamen, die Versichertennummer und das Geburtsdatum. Nur so ist die leistungspflichtige Krankenkasse in der Lage, die Stellungnahme der Apheresekommission auf der Basis des Pseudonyms dem Patienten zuzuordnen und den erforderlichen Leistungsbescheid zu erstellen.

### Allgemeine Angaben zum Patienten

Patientenpseudonym:

Geburtsjahr:

Krankenkasse:

### Die Antragstellung für den Patienten erfolgt aufgrund der vorliegenden

- **familiären Hypercholesterinämie** in homozygoter Ausprägung
- **schweren Hypercholesterinämie**  
Grundsätzlich kann mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL nicht ausreichend gesenkt werden.
- **schweren Hypercholesterinämie mit LP(a)-Erhöhung**  
Grundsätzlich kann mit einer über zwölf Monate dokumentierten maximalen diätetischen und medikamentösen Therapie das LDL nicht ausreichend gesenkt werden.
- **Lp(a)-Apherese mit isolierter Lp(a)-Erhöhung**  
Der Lp(a)-Wert liegt über 60 mg/dl und der LDL-Cholesterin im Normbereich. Gleichzeitig liegt eine, klinisch und durch bildgebende Verfahren dokumentierter progredienter kardiovaskulärer Erkrankung (koronare Herzkrankung, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder zerebrovaskuläre Erkrankung) vor.

Patienten-Pseudonym: .....

**Indikationsbegründende Diagnosen:**

**Familienanamnese:**

Bitte möglichst präzise Angaben zu früheren atherosklerotischen Ereignissen, insbesondere KHK, Infarkten, ACVB, Dilatation, Stenting, Apoplexe bei Verwandten 1. Grades mit Altersangabe (z.B.: Vater 39J. HI, etc.)

**Eigenanamnese:**

Bitte möglichst präzise Angaben zu früheren arteriosklerotischen Ereignissen, insbesondere KHK, Infarkten, ACVB, Dilatation, Stenting, Apoplexe mit Altersangabe und Datum des Ereignisses

Patienten-Pseudonym: .....

<b>Subjektive Veränderungen:</b>	
Angina pectoris:	
Nitroverbrauch:	
Arbeitsfähigkeit:	
Alltagstauglichkeit:	
Symptomatik:	

<b>Diabetes mellitus:</b>	Ja	Nein
<b>Falls ja:</b>		
Diätpflichtig seit:		(Lebensjahr)
Tablettenpflichtig seit:		(Lebensjahr)
Insulinpflichtig seit:		(Lebensjahr)

<b>Bluthochdruck:</b>	Ja	Nein
seit:		
nach Medikation:		
<b>(Riva-Rocci) RR-Verhalten:</b>		
	Normal	Hyperton
<i>Falls hyperton, dann ist eine 24 Std.-RR-Messung erforderlich:</i>		
systolischer Mittelwert:		Tag
		Nacht
diastolischer Mittelwert:		Tag
		Nacht
<b>oder</b>		
<b>Gemittelte Selbstmesswerte:</b>		
Morgens:		systolisch
		diastolisch
Abends:		systolisch
		diastolisch
Zeitraum:		

Patienten-Pseudonym: .....

Beeinflussbare Risikofaktoren:		
<b>Raucher:</b>	Ja	Nein
<b>Exraucher:</b>	Ja	Nein
<b>Zeitraum:</b>	von	bis
<b>Anzahl der Zigaretten pro Tag</b>		

Medikamentöse Therapie:			
<b>Statin:</b>		<b>Ionenaustauscher</b>	
Dosierung:		Dosierung:	
Zeitraum: von	bis	Zeitraum: von	bis
Grund:		Grund:	
<b>Ezetimib:</b>		<b>Fibrate</b>	
Dosierung:		Dosierung:	
Zeitraum: von	bis	Zeitraum: von	bis
Grund:		Grund:	
<b>Sonstige PCSK 9:</b>		Falls keine Maximaldosierung, bitte Gründe angeben:	
Dosierung:			
Zeitraum: von	bis		
Grund:			

UAW der medikamentösen Therapie			
Bei Abbruch der Therapie, Angabe von Gründen:			
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.			
<b>UAW-Meldung erfolgt:</b>		<i>Bei einer UAW-Meldung sind die ermittelten CK-Werte in der Labortabelle zwingend anzugeben.</i>	
<b>Ezetimib:</b>		<b>Statin :</b>	
Dosierung:		Dosierung:	
<b>PCSK 9-Hemmer:</b>		<b>Sonstige:</b>	
Dosierung:		Dosierung:	

Patienten-Pseudonym: .....

Sonstige Medikationen:		
	Medikament	Dosierung:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

**Vorbehandlungsergebnisse:**

Nach Diätschulung und Einhaltung einer cholesterinbegrenzten (300 mg/d), fettmodifizierten und ggf. hypokalorischer Ernährung bei ausreichender Bewegung und maximaler medikamentöser Therapie (CSE-Hemmer, Ezetemib, Fibrate, PCSK 9-Hemmer) ist ein LDL < 130 mg% über 12 Monate dokumentiert.

**Beigefügte Unterlagen:**

Die **vollständig ausgefüllte 12-monatige tabellarische** Dokumentation der Ausgangswerte (Seite 8 des Antrages)

Beurteilungen durch andere Ärzte sowie die bisherige Therapie/Verlaufskontrolle sind in Kopie dem Antrag beigefügt:

- Kardiologisch
- oder**
- Angiologisch
- und zusätzlich**
- Lipidologisch

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass eine schriftliche Einwilligung des Patienten zur Vorlage der bis auf Geburtsjahr und Geschlecht unkenntlich gemachten Unterlagen bei der Kommission sowie zur Übermittlung des Pseudonyms und seines Namens an die Krankenkasse vorliegt.

[Yellow box for location and date]

(Ort, Datum)

[Red box for signature]

(Unterschrift des indikationsstellenden Arztes)

Patienten-Pseudonym: .....

**Ausgangswerte – mindestens 4 bis 6 Messungen erforderlich – Jahresdokumentation Anlage zum Erstantrag (Nüchternwerte)**

<b>Lipiddiagnose:</b>		<b>Äußere Stigmata:</b>	
<b>APO E:</b>		<b>BMI:</b>	kg/m <sup>2</sup>
		<b>Gewicht:</b>	kg
		<b>Größe:</b>	cm

<b>Datum:</b>	<b>Gewicht KG</b>	<b>Chol mg/dl</b>	<b>TG mg/dl</b>	<b>LDL mg/dl</b>	<b>HDL mg/dl</b>	<b>Lp(a) mg/dl</b>	<b>TSH µU/ml</b>	<b>Kreatinin mg/dl</b>	<b>Proteinurie mg/g</b>	<b>Hb g/dl</b>

**\*\*Bei einer UAW-Meldung sind die Laborwerte für CK zwingend anzugeben.**

<b>Datum:</b>	<b>Apo B mg/dl</b>	<b>FBG mg/dl</b>	<b>GOT U/l</b>	<b>GPT U/l</b>	<b>GGT U/l</b>	<b>AP mg/dl</b>	<b>CK** U/l</b>	<b>HS mg/dl</b>	<b>HbA<sub>1c</sub> %</b>