

Antrag einer Immunapherese bei aktiver rheumatischer Arthritis
entsprechend der Anlage 1 zu der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung gemäß
§ 135 Abs. 1 SGB V

Wichtiger Hinweis!

Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (ergänzende ärztliche Beurteilung des Patienten durch einen Internisten oder Orthopäden, der den Schwerpunkt „Rheumatologie“ führt), die nach der Anlage 1 zu den BUB-Richtlinien unbedingt vorzulegen sind. Die zuständige Fachkommission kann erst nach Vorlage aller Unterlagen die Indikation überprüfen und eine Empfehlung abgeben.

Antragstellende Praxis

Name: _____

**Praxisanschrift
Straße:** _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Patientenbezogene Angaben:

Pseudonym: _____

männlich

weiblich

Geburtsjahr: _____

Krankenkasse: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

geplanter Beginn der Behandlung: _____

Indikation zur Immunapherese:

Anhand des Aktivitätsscores DAS 28

Anzahl geschwollener Gelenke (aus 28): _____

Anzahl schmerzhafter Gelenke (aus 28): _____

Einschätzung der Krankheitsaktivität
durch den Patienten (10 cm VAS): _____

BSG 1. Stunde (mm/h): _____

Ergebnis DAS (aus 28): _____

(Interpretation: DAS (28) > 2.6 Remission; DAS (29) 2.6 bis 3.2 geringe Krankheitsaktivität;
DAS (28) 3.3 bis 5.1 mittlere Krankheitsaktivität; DAS (28) > 5.1 hohe Krankheitsaktivität)

Anhand ACR

Morgensteifigkeit in und um Gelenke,
mind. 1 Stunde Dauer vor maximaler
Belastung: _____

Weichteilschwellung bzw. Arthritis von
3 oder mehr Gelenken (vom Arzt
Beobachtet): _____

Schwellung bzw. Arthritis der proximalen
Interphalangealen metakarpophalangealen
Gelenke oder Handgelenke: _____

Symmetrische Schwellung bzw. Arthritis: _____

Rheumaknoten: _____

Nachweis von Rheumafaktoren (mit
einer Methode, die in maximal 5 % falsch
positiv reagiert): _____

im Röntgenbild Erosionen und/oder
gelenknahe Osteoporose in Finger- oder
Handgelenken: _____

Hinweis:

- Symptome 1.-4. müssen mindestens 6 Wochen lang vorhanden sein.
- Sichere rheumatoide Arthritis: mindestens 4 Kriterien müssen erfüllt sein.

Laborchemische Befunde

CRP: _____ (normal: 0-5 mg/ml)

Großes Blutbild: _____

Therapeutische Maßnahmen:

Chirurgische Interventionen:

Medikamentöse Therapie: Basistherapeutika (DMARDs)

Wirkstoff (auch in Kombinationstherapien)	Dosierung	Dauer der Gabe (von/bis)	Grund des Absetzens

Kontraindikation bei: _____ weil:

Kontraindikation bei: _____ weil:

Kontraindikation bei: _____ weil:

Medikation Biologika:

Wirkstoff	Dosierung	Dauer der Gabe (von/bis)	Grund des Absetzens

Kontraindikation bei: _____ weil:

Kontraindikation bei: _____ weil:

Kontraindikation bei: _____ weil:

Zusammenfassung der Medikation:

Anzahl der Basistherapeutika (inklusive MTX): _____

Anzahl der Gabe von Biologika: _____

Aktuelle weitere Medikation:

Ort, Datum, BSNR

Stempel / Unterschrift des antragstellenden Arztes

Einverständniserklärung des Patienten

Pseudonym: _____

Geburtsjahr: _____

Vor dem Beginn der Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis ist es notwendig, dass meine leistungspflichtige Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt über die Therapie beraten und die Behandlung genehmigen. Mir ist bekannt, dass

- die Durchführung der Therapie erst dann zulässig ist, wenn meine leistungspflichtige Krankenkasse mir einen Leistungsbescheid erteilt hat,
- der Leistungsbescheid nur **befristet auf ein Jahr** erteilt werden kann.

Ich bin einverstanden, dass der indikationsstellende Arzt zu diesem Zwecke nachfolgende Unterlagen an die fachkundige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt weiterreicht:

- schriftliche Begründung der Indikationsstellung,
- ergänzende medizinische Beurteilungen.

Sofern ich mein schriftliches Einverständnis nicht erkläre, kann meine leistungspflichtige Krankenkasse den Leistungsbescheid nicht erteilen, d.h. die Kosten für die Durchführung der Behandlung werden **nicht** übernommen.

Alle personenbezogenen Daten gehen nach Beratung der fachkundigen Kommission an den indikationsstellen Arzt zurück.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten