



Patientenantrag zur Immunapherese bei aktiver rheumatoider Arthritis nach der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren Doctores,

Sie behandeln einen Patienten/eine Patientin mit der Immunapherese 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

Bitte fügen Sie bei einem Folgeantrag neben den aktuellen Unterlagen auch sämtliche Unterlagen des vorhergehenden Antragsverfahrens bei. Diese müssen mit dem Pseudonym des Patienten versehen und entsprechend den o.g. Angaben unkenntlich gemacht worden sein.

1. Patientendaten:

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

2. Diagnose

| | | |
|----|----------------------|----------------|
| a) | Diagnose: | ACR-Kriterien: |
| b) | Erstdiagnose (Jahr): | |
| c) | Zusatzdiagnose: | |

3. Bisherige Therapie

| | Basis Therapien: | Zeitraum: | Effektivität: | Absetzungsgrund: |
|----|------------------|-----------|-----------------------|------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| | Biologicals: | Zeitraum: | Effektivität: | Absetzungsgrund: |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| | Immunadsorption: | Zeitraum: | Effektivität (Score): | Absetzungsgrund: |
| 1. | | | DAS 28: | |
| 2. | | | | |

4. Aktuelle Therapie

| | Medikation | Dosis | Seit wann: | Bemerkung (Unverträglichkeiten, abgesetzt o.ä.) |
|----|--------------------|-------|------------|---|
| a) | Basistherapeutikum | | | |
| b) | Cortison | | | |
| c) | NSAR | | | |
| d) | Gelenkinjektionen | | | |
| e) | | | | |

5. Labor

| | | Aktuell | Vor 3 Monaten |
|----|-----------------------------|---------|---------------|
| a) | CRP (quantitativ) (mg/L) | | |
| b) | BSG | | |
| c) | | | |

6. Aktivitätsparameter

| | | Aktuell: | Vor 3 Monaten: |
|----|--|----------|----------------|
| a) | DAS 28 (Disease activity score) | | |
| b) | ACR-Score (American College of Rheumatology) | | |

7. Vorerkrankungen

| | | |
|-------------------|---|---|
| | In Behandlung: | Behandlung abgeschlossen: |
| Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

| | Ursachen für Behandlungsausfälle | ggf. Bemerkungen |
|----|---------------------------------------|------------------|
| a) | Unerwünschte Arzneimittelwirkungen | |
| b) | Kontraindikationen gegen Arzneimittel | |
| c) | Technische Probleme | |
| d) | Gefäßzugangsprobleme | |
| e) | Complianceprobleme | |

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

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.