

Unterlagencheckliste des Teams SP des Medizinischen Dienstes Hessen für die Begutachtung Thema: Intravitreale Injektionen

Für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Hessen werden folgende Unterlagen benötigt, die Sie uns bitte im Rahmen des bundesweit einheitlichen Kommunikationsmanagements (MiMa) zukommen lassen:

1. Für intravitreale Injektionen mit einem VEGF-Inhibitor (Lucentis, Eylea, Avastin, Macugen) bei AMD oder pathologischer Myopie (Erstbeauftragung)

- bestkorrigierter Visus beider Augen
- verwertbare Originalbilder der Fluoreszenzangiographie (OCT-Aufnahmen alleine sind nicht ausreichend)

2. Für intravitreale Injektionen mit einem VEGF-Inhibitor (Lucentis, Eylea, Avastin, Macugen) bei AMD oder pathologischer Myopie (Folgeauftrag)

1. Visusverlauf des betroffenen Auges seit Beginn der Injektionen/über den bisherigen Behandlungszeitraum (möglichst monatlich, mit Datum)
2. Zeitpunkt (und ggf. Wirkstoff) der bisherigen Injektionen
3. ggf. aktuelle Fluoreszenzangiographie zum Nachweis einer neuen oder persistierenden CNV-Aktivität (falls Visus stabil oder besser)

3. Für intravitreale Injektionen mit einem VEGF-Inhibitor (Lucentis, Eylea, Avastin) bei diabetischem Makulaödem oder retinalen Venenverschlüssen (Erst-/Folgeauftrag)

zusätzlich zu o.g. Angaben:

- Fundusbefund
- Hat bereits eine Argon-Laser-Koagulation (fokal/Grid oder panretinal) stattgefunden? Wenn ja, wann? Wenn nein, wäre sie indiziert?

4. Für einen Therapiewechsel (z.B. von Lucentis auf Eylea):

- Visusverlauf des betroffenen Auges über den bisherigen Behandlungszeitraum (möglichst monatlich, mit Datum)
- bestkorrigierter Visus des nicht betroffenen Auges
- Zeitpunkt (und ggf. Wirkstoff) der bisherigen Injektionen
- ggf. aktuelle Fluoreszenzangiographie
- medizinische Begründung für einen Therapiewechsel

5. Für intravitreale Injektionen mit Iluvien bei chronischem diabetischem Makulaödem:

1. aktueller bestkorrigierter Visus beider Augen
2. Fundusbefund
3. Makulaödem mit oder ohne foveale Beeinträchtigung?
4. Seit wann besteht das Makulaödem?
5. Wurde bereits eine Argon-Laserbehandlung (fokal/GRID oder panretinal) durchgeführt? Wenn ja, wann? Fokal oder panretinal? Wenn nein, wäre sie indiziert?
6. Visusverlauf über den gesamten bisherigen Behandlungszeitraum (möglichst monatlich, mit Datum)
7. Bisherige intravitreale Injektionen (jeweils genaues Datum und Wirkstoff)
8. Fluoreszenzangiographie
9. aktueller Augeninnendruck
10. Besteht ein Glaukom?
11. medizinische Begründung für die Annahme, dass auf bisherige Therapieversuche kein ausreichendes Ansprechen vorliegt

6. Für intravitreale Injektionen mit Jetrea bei VMT (vitreomakuläre Traktion):

- genaue Diagnose und Vorerkrankungen des Auges:
- aktueller bestkorrigierter Visus beider Augen
- Wann wurde die VMT erstmalig diagnostiziert?
- Liegt eine primäre oder eine sekundäre VMT vor?
- Verlauf der Erkrankung, ggf. Visusverlauf seit Erstdiagnose
- bisherige Therapie (z.B. intravitreale Injektionen von VEGF-Inhibitoren, Laserkoagulation) mit Datum
- Wurden kürzlich Augenoperationen durchgeführt?
- Besteht der Z.n. Bulbustraua, Netzhautablösung oder Uveitis?
- Ist der/die Patient/in phak oder pseudophak?
- Welche subjektiven Symptome bestehen (monokular/binokular)?

7. Für intravitreale Injektionen mit Ozurdex bei retinalen Venenverschlüssen oder DMÖ:

→ siehe Lucentis/Eylea/Avastin bei retinalen Venenverschlüssen/DMÖ

- zusätzlich: Angaben zum Augeninnendruck

8. Für intravitreale Injektionen mit Ozurdex bei Uveitis:

1. systemische Grunderkrankung
2. bisherige Therapie lokal / systemisch (Was? Wann? Systemisch oder lokal?)
3. Verlauf der Erkrankung unter Therapie?
4. Befund vordere Augenabschnitte, Fundus in Mydriasis (mit Angaben zum Glaskörperbefund)
5. aktueller bestkorrigierter Visus beider Augen

6. ggf. aktuelle Fluoreszeinangiographie- Originalbilder
7. ggf. OCT-Bilder im Original
8. Wurden bereits intravitreale Injektionen durchgeführt? Wenn ja, wann? Mit welchem Wirkstoff? Visusverlauf unter Therapie?

Bitte beachten Sie, dass **grundsätzlich Original-Bilder** von Fluoreszenzangiographie und OCT (per Post oder E-Mail) benötigt werden, da Kopien/Faxkopien aufgrund schlechter Abbildungsqualität keine ausreichende Beurteilung zulassen.

Ihren Auftrag senden Sie bitte per Post oder Fax oder per Mail an:

Medizinischer Dienst Hessen
Geschäftsbereich Ambulante Versorgung
Team Spezifische Produkte
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel
Telefon: 06171/634-225
Telefax: 06171/634-700
Mail: av_team_sp@md-hessen.de