

Limitatio: Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes. Die Verschreibung darf ausschliesslich durch Fachärzte für Pneumologie, Allergologie und Immunologie erfolgen. Als Zusatztherapie mit einer Dosierung von maximal 3 mg/kg einmal alle vier Wochen bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerem eosinophilem Asthma, gekennzeichnet durch folgende Kriterien:

Eine Eosinophilenzahl im Blut von $\geq 0.4\text{G/L}$ und mindestens 4 klinisch relevante Exazerbationen in den vorausgegangenen 12 Monaten trotz maximal möglichen Dosierungen auf GINA-Stufe 4 (hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlicher Controller), die eine intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden benötigten

ODER

Eine Eosinophilenzahl im Blut von $\geq 0.4\text{G/L}$ bevor eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden begonnen worden war und mindestens 2 klinisch relevanten Exazerbationen in den vergangenen 12 Monaten bei Patienten/ -Innen, die nur aufgrund einer Erhaltungstherapie für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten mit systemischen Kortikosteroiden (GINA-Stufe 5) eine Krankheitskontrolle erreichen.

Spätestens nach 8 Gaben und anschliessend jährlich ist der Therapieerfolg durch einen Facharzt der Pneumologie, Allergologie oder Immunologie zu überprüfen. **Die Fortsetzung der Therapie nach dieser Überprüfung bedarf einer weiteren Kostengutsprache bei bestätigtem Therapieerfolg. Ein Therapieerfolg entspricht: bei Behandlung auf GINA-Stufe-4: eine Reduktion von mindestens 50 % der Exazerbationen im Vergleich zu Therapiebeginn und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate**

ODER

bei Behandlung auf GINA-Stufe-5 mit systemischen Kortikosteroiden: Reduktion der Exazerbationsrate bei maximal gleichbleibender oder reduzierter Dosis der oralen Steroide und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate bei stabiler Dosis der oralen Steroide

ODER **Senkung der oralen Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate auf 50% der Ausgangs Prednison-Äquivalente und im Folgenden gleichbleibender oder weiter reduzierter Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate**

ODER **Wechsel auf GINA-Stufe 4 bei nicht mehr als 2 Exazerbationen jährlich und im Folgenden maximal gleichbleibender oder weiter verringerter Exazerbationsrate.**

Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas.

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb. Datum:

Geschlecht: ♀ ♂ Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer: Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt): Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Medizinische Daten (ausschliesslich für den Vertrauensarzt bestimmt):

Bestätigung des Therapieerfolges: nach 8 Gaben (8 Monaten) jährlich
Schweres eosinophiles Asthma gemäss: GINA-Stufe 4 GINA-Stufe 5

Sofern schweres eosinophiles Asthma gemäss GINA-Stufe 4, bitte beantworten:

Reduktion klinisch relevanter Exazerbationen gegenüber Therapiestart um $\geq 50\%$ und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

trifft zu trifft nicht zu

In den letzten 8 resp. 12 Monaten: Exazerbationen

In den letzten 12 Monaten vor Therapiestart: Exazerbationen

Sofern schweres eosinophiles Asthma gemäss GINA-Stufe 5, bitte beantworten:

Reduktion klinisch relevanter Exazerbationen gegenüber Therapiestart mit gleicher oder reduzierter oraler Steroiddosis und im Folgenden maximal gleichbleibender Exazerbationsrate bei stabiler Dosis der oralen Steroide

ODER

Reduktion der oralen Steroiddosis $\geq 50\%$ gegenüber Ausgangs Prednison-Äquivalente mit maximal gleicher Anzahl an Exazerbationen und im Folgenden gleichbleibender oder weiter reduzierter Steroiddosis bei maximal gleichbleibender Exazerbationsrate

ODER

Wechsel auf GINA-Stufe 4 mit ≤ 2 Exazerbationen jährlich und

Exazerbationen:

In den letzten 8 resp. 12 Monaten:

Exazerbationen

In den letzten 12 Monaten vor Therapiestart:

Exazerbationen

Orale Steroiddosis:

In den letzten 8 resp. 12 Monaten:

Präparat:

Dosierung:

In den 12 Monaten vor Therapiestart:

Präparat:

Dosierung:

Generell, Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Tel.:

E-Mail:

bei Spital, Name des Spitals:

Klinik oder Abteilung:

Datum: