

Fasenra® (Benralizumab)

Kostengutsprache gesuch Therapiestart (Erstverschreibung)

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 30 mg Fasenra als subkutane Injektion alle vier Wochen für die ersten drei Dosen und danach alle 8 Wochen, bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit schwerem eosinophilen 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 benötigen

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 5 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):

Schweres eosinophiles Asthma gemäss

GINA-Stufe 4

GINA-Stufe 5

Sofern GINA-Stufe 4 zutreffend, bitte beantworten:

Hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlichen Controller. Bitte angeben:

Präparat:

Dosierung:

Intermittierende Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden. Bitte angeben: Präparat, Dosierung:

Präparat:

Dosierung:

Eosinophilenzahl im Blut (G/L) ≥ 0.4 in den letzten 12 Monaten: Labor vom (Datum):

Eosinophilenzahl:

≥4 klinisch relevante Exazerbationen in den letzten 12 Monaten trotz max. möglicher Dosierung: Anzahl:

Bemerkungen, Ergänzungen:

Sofern GINA-Stufe 5 zutreffend, bitte beantworten:

Hochdosierte inhalative Kortikosteroide plus zusätzlichen Controller. Bitte angeben:

Präparat:

Dosierung:

Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden von mindestens 6 Monaten innerhalb des letzten Jahres Bitte angeben:

Präparat:

Dosierung:

Eosinophilenzahl im Blut (G/L) ≥0.4 in den letzten 12 Monaten: Labor vom (Datum):

Eosinophilenzahl:

≥2 klinisch relevante Exazerbationen in den letzten 12 Monaten trotz max. möglicher Dosierung: Anzahl:

Bemerkungen, Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

Adresszusatz:

PLZ

Ort:

Tel.:

E-Mail:

bei Spital, Name des Spitals:

Klinik oder Abteilung:

Datum: