

# Ocaliva® (Acidum obeticholicum 5 mg/10 mg) Kostengutsprache gesuch zu Handen des Vertrauensarztes

**Limitatio (Auszug):** Befristete Limitation bis 30.11.2025

Ocaliva ist indiziert für die Behandlung der primären biliären Cholangitis (PBC) ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose ohne Anzeichen einer portalen Hypertension in Verbindung mit Ursodesoxycholsäure (UDCA) bei Erwachsenen, die unzureichend auf UDCA ansprechen (alkalische Phosphatase  $\geq 1.67 \times \text{ULN}$  und/oder Gesamtbilirubin-Wert  $> 1 \times \text{ULN}$ , jedoch  $< 2 \times \text{ULN}$ ) oder als Monotherapie bei Erwachsenen, die UDCA nicht tolerieren können.

Die Therapie mit Ocaliva kann nur fortgesetzt werden, wenn die alkalische Phosphatase gegenüber dem Ausgangswert

- 1 Monat nach Behandlungsbeginn reduziert ist,
- 3 Monate nach Behandlungsbeginn um  $\geq 10\%$  reduziert ist,
- 12 Monate nach Behandlungsbeginn um  $\geq 20\%$  reduziert ist.

Die Verschreibung darf nur durch einen Gastroenterologen erfolgen.

Nur nach vorgängiger Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorheriger Konsultation des Vertrauensarztes. Für eine Verlängerung der Therapie nach 12 Monaten bedarf es einer erneuten Kostengutsprache.

## Personalien Patient(in):

Name:  Vorname:  Geb. Datum:

Geschlecht:  ♀  ♂ Strasse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

Krankenversicherer:  Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD oder Vertrauensarzt):  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:

## Medizinische Daten:

Die Patientin/der Patient leidet an einer primären biliären Cholangitis (PBC) ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose ohne Anzeichen einer portalen Hypertension. Die Patientin/der Patient wird mit Ursodesoxycholsäure (UDCA) behandelt, spricht jedoch unzureichend darauf an, oder hat eine Intoleranz auf UDCA.

## I. Therapiestart

Alkalische Phosphatase vor Therapiestart:  und/oder Gesamtbilirubin-Wert:

## II. Therapiefortsetzung nach 12 Monaten

Alkalische Phosphatase nach Therapiebeginn mit Ocaliva:

Nach 1 Monat:  nach 3 Monaten:  nach 12 Monaten:

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:  Ich bin Fachärztin/Facharzt für Gastroenterologie

Name:  Vorname:

Adresse:  Adresszusatz:

PLZ:  Ort:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

bei Spital, zusätzlich Name des Spitals:  Abteilung:

Datum: