

Olumiant® (Baricitinib)

Indikation: Atopische Dermatitis

Kostengutsprache gesuch z. H. des Vertrauensarztes

Indikationscode: 20636.02

Personalien Patientin/Patient:

Limitatio: Siehe zweite Seite.

Name:

Vorname:

Geb. Datum

Geschlecht:

Strasse:

Adresszusatz:

☐ ♀ ☐ ♂

PLZ:

Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt):

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Medizinische Daten

☐

Patientin/Patient leidet an schwerer atopischer Dermatitis.

☐

IGA 4

oder

☐

SCORAD > 50

oder

☐

EASI ≥ 21.1

Zur Vorbehandlung: Die Indikation für eine Systemtherapie ist gegeben, wenn aus den 3 folgenden Kategorien jeweils mindestens ein Kriterium zutrifft.

Topische Therapie:

Intensivierte Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren)

☐

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

☐

Therapie kontraindiziert

☐

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Phototherapie:

☐

Nicht verfügbar

☐

Nicht angezeigt/kontraindiziert

☐

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

☐

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Systemtherapie:

Systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide)

☐

Unzureichend angesprochen während mindestens einem Monat

☐

Therapie kontraindiziert

☐

Aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen

Bemerkungen/Ergänzungen:

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:

Limitatio (Auszug): Als Monotherapie oder als Kombinationstherapie mit topischen Kortikoiden zur Behandlung erwachsener Patienten (ab dem 18. Lebensjahr) mit schwerer atopischer Dermatitis (IGA 4 [auf IGA Skala von 0-4] oder SCORAD >50 oder EASI $\geq$ 21.1), sofern die Patienten auf eine intensivierete Lokalbehandlung mit verschreibungspflichtigen topischen Therapien (topische Kortikoide und/oder Calcineurininhibitoren) und Phototherapie (sofern verfügbar und angezeigt) und auf eine systemische Behandlung mit einem konventionellen Immunsuppressivum (ausgenommen systemische Kortikoide) während mindestens einem Monat unzureichend angesprochen haben oder bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder aufgrund von klinisch relevanten Nebenwirkungen abgebrochen werden mussten. Baricitinib wird nicht in Kombination mit anderen systemischen Arzneimitteln zur Behandlung der atopischen Dermatitis vergütet. Falls nach 8 Wochen Behandlung mit Baricitinib kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, d.h. keine IGA Reduktion um $\geq$ 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert oder keine $\geq$ 50% Verbesserung des EASI-Scores (EASI 50) gegenüber dem Ausgangswert oder keine $\geq$ 50% Verbesserung des SCORAD-Score (SCORAD 50) gegenüber dem Ausgangswert, ist die Behandlung abzubrechen. Nach 52 Wochen ununterbrochener Therapie der atopischen Dermatitis mit Baricitinib ist eine erneute Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes einzuholen. Die Diagnosestellung, die Verordnung und die Verlaufskontrolle von Baricitinib in der Indikation atopische Dermatitis darf ausschliesslich durch einen Facharzt für Dermatologie und Venerologie oder Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie erfolgen. Die Therapie bedarf der Kostengutsprache durch den Krankenversicherer nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes.

Folgender Indikationscode ist an den Krankenversicherer zu übermitteln: **20636.02**

Siehe auch [SL](#).