

.....
Mitglied (Vor- und Nachname)/Familienmitglied (Vor- und Nachname)

.....
Versicherungsnummer

.....
Adresse

Bestätigung der Kostenübernahme für das Arzneimittel Dupilumab

.....
Krankenkasse (Name)

.....
Geschäftsstelle

.....
Adresse

Hiermit bestätigen wir die Übernahme der Kosten für Ihre Behandlung der mittelschweren bis schweren Atopischen Dermatitis mit Dupilumab.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Antrag auf Bestätigung der Kostenübernahme für das Arzneimittel Dupilumab

.....
Mitglied (Vor- und Nachname)/Familienmitglied (Vor- und Nachname)

.....
Versicherungsnummer

.....
Adresse

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin seit in Behandlung bei
aufgrund einer mittelschweren bis schweren Atopischen Dermatitis bei Erwachsenen.

mein Familienmitglied ist seit in Behandlung bei
..... aufgrund seiner schweren Atopischen Dermatitis
ab 6 Monaten / mittelschweren bis schweren Atopischen Dermatitis ab 12 Jahren.

Hiermit beantrage ich die Erstattung des Medikamentes Dupilumab für die Behandlung meiner Atopischen Dermatitis. Als Begründung für diesen Antrag habe ich Ihnen das Schreiben meines Arztes# beigelegt.

Ich bitte um eine schriftliche Bestätigung der Kostenübernahme von Dupilumab.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Ärztliche Stellungnahme zur Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung mit dem Arzneimittel Dupilumab

Ihr Mitglied (Vor- und Nachname)/Familienmitglied (Vor- und Nachname)

Geburtsdatum

Adresse

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei Ihrem o.g. Mitglied/Familienmitglied, das sich seit in meiner Behandlung befindet, liegt eine

- schwere Atopische Dermatitis bei Kindern ab 6 Monaten/
- mittelschwere bis schwere Atopische Dermatitis bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren (ICD10: L20.-) vor.

Unser Patient

- Hat auf den bisherigen Einsatz unterschiedlicher topischer Therapeutika und/oder Lichttherapie nicht ausreichend angesprochen.

Hinweis

- Ist stark durch ihre/seine Erkrankung eingeschränkt und in seiner Lebensqualität erheblich beeinträchtigt.

Hinweis

- Andere systemische Therapeutika sind aufgrund von nicht ausreichender Wirksamkeit, Kontraindikationen, Unverträglichkeit oder aufgrund nicht ausreichend langfristiger Anwendbarkeit nicht einsetzbar.

Hinweis

- Die oben genannte Diagnose ist anhand der Hautscores (z.B. EASI, SCORAD) gesichert und dokumentiert.

Hinweis

Daher empfehlen wir eine Therapie mit Dupilumab. Dieses Arzneimittel ist für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer Atopischer Dermatitis sowie für Kinder ab 6 Monaten mit schwerer Atopischer Dermatitis, die für eine Systemtherapie in Betracht kommen, zugelassen. Die genaue Dosierung und der Therapieplan sind in der Patientenakte hinterlegt.¹ Am 17.05.2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Dupilumab einen beträchtlichen Zusatznutzen gegenüber einem patientenindividuell angepassten Therapieregime (unter Berücksichtigung von topischen Kortikosteroiden, topischen Calcineurin-Inhibitoren, oralen Kortikosteroiden und Ciclosporin A) bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Atopischer Dermatitis, die für eine systemische Therapie in Betracht kommen, zugesprochen.² Am 20.02.2020 folgte für jugendliche Patienten ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer Atopischer Dermatitis sowie am 01.07.2021 für Kindern von 6 bis 11 Jahren mit schwerer Atopischer Dermatitis der Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen.**^Y

Vor dem Hintergrund der nicht ausreichenden Wirksamkeit bisheriger Therapieversuche mit topischen Medikamenten sowie einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung anderer zugelassener Systemtherapeutika, erachte ich Dupilumab als die bestmögliche Therapieoption für meinen Patienten. Der Einsatz von Dupilumab erfolgt gemäß Zulassung.*¹

Ich bitte Sie hiermit, die Kostenübernahme der Behandlung zu bestätigen.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten aber selbstverständlich für alle Geschlechter.

y Gemäß G-BA-Beschluss Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen gegenüber einem patientenindividuell angepassten Therapieregime aus topischer und systemischer Therapie in Abhängigkeit von der Ausprägung der Erkrankung und unter Berücksichtigung der Vortherapie.

* Aktualisierung „Systemtherapie bei Neurodermitis“, abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/013_D_Dermatologische_Ges/013-0271_S2k_Neurodermitis_Aktualisierung-Systemtherapie_2021-05.pdf; letzter Zugriff: März 2023.

** Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Dupilumab (Jugendliche von 12 bis < 18 Jahren), abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/488/#beschluesse>; letzter Zugriff: März 2023.

1 DUPIXENT® Fachinformation, aktueller Stand, abrufbar unter: <https://mein.sanofi.de/produkte/Dupixent>; letzter Zugriff: März 2023.

2 Nutzenbewertungsverfahren zum Wirkstoff Dupilumab (Erwachsene), abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/bewertungsverfahren/nutzenbewertung/333/#beschluesse>; letzter Zugriff: März 2023.