

FÜR PATIENTEN

Versorgung mit dem Arzneimittel elmiron® im Wege des Imports

Versichertenname:

Versichertennummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund einer seltenen Form von mittelstarken bis starken Blasenschmerzen sowie Harndrang und Miktionshäufigkeit wurde bei mir die Diagnose chronische Interstitielle Zystitis (IC/BPS) *N30.1* gestellt und ich werde daher seit/ab _____ mit dem Arzneimittel elmiron® 100mg Hartkapseln behandelt. Es ist das einzige zugelassene Arzneimittel für das seltene Krankheitsbild der Interstitiellen Zystitis (IC/BPS). Die Behandlung ist medizinisch alternativlos und soll auch in Zukunft fortgesetzt werden. Gemäß der Fachinformation zur Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung ist ein Therapiezeitraum von 6 Monaten bei Beginn der Behandlung einzuhalten; entsprechend erfolgen während der weiteren Behandlung regelmäßige Überprüfungen der Wirksamkeit alle 6 Monate.

Allerdings ist das Arzneimittel elmiron® zum 01. Januar 2021 in Deutschland außer Vertrieb genommen worden. Nach Aussagen des Anbieters beruht diese Entscheidung auf wirtschaftlichen Gründen. Das Arzneimittel ist aber weiterhin europaweit zugelassen und kann somit durch die Apotheken aus anderen EU-Staaten gemäß §73 Abs. 1 AMG bezogen werden. Um gemäß der Arzneiversorgungsverträge eine Bestellung und Abrechnung durch die Apotheke zu ermöglichen, ist den Apothekern mit dem Rezept eine entsprechende Bestätigung der Krankenkasse vorzulegen.

Ich bitte Sie daher um eine patientenindividuelle Kostenerstattung dieser alternativlosen Medikation und um die Ausstellung einer Abrechnungsbestätigung für den Import von elmiron® 100 mg Hartkapseln zur Vorlage in der Apotheke.

Bitte beachten Sie, dass es sich hierbei nicht um die Genehmigung einer Arzneimittelverordnung im Sinne von § 29 Abs. 1 BMV-Ä handelt. Die ärztliche Verordnungsentscheidung ist bereits getroffen und bleibt davon unberührt.

eine Kopie des ausgestellten Rezepts habe ich beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen