

Checkliste: Indikationsstellung zur Therapie mit JAK-Inhibitoren bei dermatologischen Indikationen

Januskinase-Inhibitoren (JAKi) sind für die Systemtherapie der Alopecia areata, atopischen Dermatitis und Psoriasis-Arthritis zugelassen. Bei weiteren, selteneren Erkrankungen werden sie im Off-label Modus eingesetzt. Für die Einleitung oder Fortführung der Systemtherapie mit JAKi sind die folgenden Kriterien zu prüfen:

1. Indikationsstellung für eine Systemtherapie		Ja
A	Diagnose <input type="checkbox"/> Alopecia areata <input type="checkbox"/> Atopische Dermatitis <input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis <input type="checkbox"/> Andere: _____	O
B	Gemäß der Erkrankungs-spezifischen Checkliste* besteht die Indikation für eine Systemtherapie	O

2. Eignungskriterien für die Systemtherapie mit JAKi		Ja	Nein
C	Relevante Risikofaktoren Liegt vor, da <u>mindestens einer</u> der nachfolgenden Faktoren gegeben ist: <ul style="list-style-type: none"> • Alter 65 Jahre und älter • Kardiovaskuläre Erkr. (z.B. KHK, Myokardinfarkt, Hirninfarkt) • Medikamentös unzureichend behandelte Risikofaktoren (z.B. art. Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, Diabetes mellitus) • Bestehende oder frühere maligne Erkrankung (z.B. Karzinom, malignes Lymphom, Melanom) • Aktiver Langzeitraucher oder Ex-Langzeitraucher • Thromboembolie (TVT, Lungenembolie), Thrombophilie oder Medikation mit erhöhtem Thromboserisiko • Risiko für schwere Infektionen 	O	O
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Schlußfolgerungen			
D	→ Sollte <u>keiner</u> der genannten Risikofaktoren vorliegen, können JAKi im Rahmen der Zulassung uneingeschränkt verordnet werden	<input type="checkbox"/> Zutreffend	
	→ Liegt <u>mind. einer</u> der genannten Risikofaktoren vor, sollten JAKi nur bei Fehlen einer geeigneten Alternative verordnet werden:	<input type="checkbox"/> Zutreffend	

4. Behandlungsalternativen						
E	Präparat	sinnvoll, möglich	unverträglich	unwirksam / unzureichend	kontraindiziert/ nicht zugel.	
	Biologikum					
	Nicht biol. Systemtherapie					
	Topische / Photo-Therapie					

F	→ Therapieeinstellung auf: _____
----------	----------------------------------

G	→ Optional: Patienten-Einverständnis nach Aufklärung liegt vor:	O Ja

	(Ggf. Datum, Unterschrift)	

*Checklisten für die Systemtherapie bei Alopecia areata, atopischer Dermatitis, chronischer Prurigo und Psoriasis unter www.arzneimittelleitfaden.de