



SVLFG
Landwirtschaftliche
Kassenverbände



BKK
Landesverband
NORDWEST



iKK classic



vdek
Die Ersatzkassen



KNAPPSCHAFT
für meine Gesundheit!



AOK
AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse.



Kassenärztliche
Vereinigung
NORDRHEIN



Engagiert für Gesundheit.

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Postadresse:
KV Nordrhein
40182 Düsseldorf

KVNO.de

Kontakt
Pharmakotherapieberatung
Telefon 0211/5970 8111
Telefax 0211/5970 9904
Mail: pharma@kvno.de
Datum 06.11.2023

Unser Zeichen
H11/320

KV Nordrhein | 40182 Düsseldorf

Ihr Zeichen
«BSNR»

Ihre Nachricht vom

Arzneimittel zur Behandlung der Multiplen Sklerose - Preisübersicht*

Sehr geehrte Vertragsärztin,
sehr geehrter Vertragsarzt,

zu den verfügbaren Arzneimitteln zur Immuntherapie der Multiplen Sklerose senden wir Ihnen eine aktualisierte Preisübersicht in der beigefügten Tabelle, um Sie bei der wirtschaftlichen Auswahl der Arzneimittel zu unterstützen. Einige der Wirkstoffe sind mittlerweile als Generika verfügbar, wobei sich aktuell die Generika untereinander noch deutlich in den Preisen unterscheiden.

Neue Wirkstoffe, die nach 2010 in Deutschland auf den Markt gekommen sind, haben die Frühe Nutzenbewertung durchlaufen. Auch hierzu finden Sie Hinweise in der Tabelle.

Die S2k Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose von 2021 (AWMF-Registernummer: 030/050) unterteilt die verfügbaren Arzneimittel anhand ihrer relativen Reduktion der Schubrate gegenüber Placebo in drei Wirksamkeitskategorien. Diese Einteilung haben wir in der Übersicht übernommen.

Die Anwendung von Alemtuzumab ist gemäß Zulassung zeitlich begrenzt. Eine weitere Behandlung darüber hinaus wäre ein Off-Label-Use.**

Wir bitten Sie, bei der Auswahl der Fertigpräparate auch auf die Wirtschaftlichkeit zu achten und innerhalb der Wirksamkeitskategorien insbesondere biosimilar- und generikafähige Präparate aus wirtschaftlichen Gründen zu bevorzugen, wenn sie therapeutisch in Betracht kommen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre KV Nordrhein und die Krankenkassen in Nordrhein

*Dies ist eine Information nach § 73 Abs. 8 SGB V

** Hinweise zum Off-Label-Use in der VerordnungsInformation Nordrhein unter www.kvno.de/vin

IK der KVNO 204206563

Geschäftszeiten

Montag bis Donnerstag 8:00 bis 17:00 Uhr
Freitag 8:00 bis 13:00 Uhr

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
eG, Düsseldorf
IBAN DE32 3006 0601 0001 4179 16
BIC DAAEDEDXXX



Übersicht zur medikamentösen Therapie der Multiplen Sklerose (RMS, RRMS, PPMS und SPMS¹)

Wirkstoff	Handelsname	Anwendungsgebiet ²	Beschluss der frühen Nutzenbewertung (FNB) (G-BA)	Dosierung ³	Jahrestherapiekosten in Euro ⁴
Wirksamkeitskategorie 1					
Interferon Beta-1a	Avonex	RMS	keine FNB	30µg/Woche	24.461
Interferon Beta-1a	Rebif	RMS	keine FNB	44µg 3mal/Woche	26.564 (Fertigspritze) 26.637 (Patrone)
Interferon Beta-1b	Extavia, Betaferon	RMS	keine FNB	250µg alle 2d	19.865 (Extavia)
		SPMS			19.432 (Betaferon)
Peginterferon Beta-1a	Plegridy	RRMS	keine FNB	125µg alle 14 Tage	27.137
Dimethylfumarat	Tecfidera, Generika	RRMS	Zusatznutzen nicht belegt	240mg 2mal/Tag	11.943 (Tecfidera) 7.355 (Stada) 7.360 (Mylan) 8.251 (Neuraxpharm)
Diroximelfumarat	Vumerity	RRMS	Beschlussfassung eingestellt	462mg 2mal/Tag	13.095
Glatirameracetat 20mg	Clift, Copaxone, Galtirameracetat AbZ	RMS	keine FNB	20mg/Tag	13.793 (Clift) 16.930 (Copaxone) 14.509 (Glatirameracetat AbZ)
Glatirameracetat 40mg	Clift, Copaxone, Glatirameracetat AbZ	RMS	keine FNB	40mg 3mal/Woche	11.870 (Clift) 14.560 (Copaxone Fertigpen) 16.148 (Glatirameracetat AbZ)
Teriflunomid	Aubagio Generika	RRMS	Zusatznutzen nicht belegt	14mg/Tag ⁵	11.274 (Aubagio) 8.091 (Mylan) 8.683 (Hexal) 8.683 (Ratiopharm)

Wirksamkeitskategorie 2					
Cladribin	Mavenclad	hochaktive RMS	Zusatznutzen bei hochaktiver RMS ohne krankheitsmodifizierende Vorbehandlung nicht belegt	140mg/Jahr bei 70-80 kg Körpergewicht verteilt auf zwei Behandlungswochen ⁶	27.943
			Zusatznutzen bei hochaktiver RMS trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie nicht belegt		
Fingolimod	Gilenya Generika	hochaktive RRMS (second line)	Zusatznutzen nicht belegt	0,5mg/Tag ⁷	23.478 (Gilenya) 1.961 (Accord, Zentiva) 1.920 (Vivanta) 1.939 (AL) 1.944 (Glenmark, Mylan) 2.623 (beta) 13.133 (Stada) 19.921 (Ratiopharm)
		rasch fortschreitende schwere RRMS	Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen bei Erwachsenen mit mit rasch fortschreitender schwerer RRMS		
Fingolimod	Gilenya, Fingolimod ratiopharm	hochaktive RRMS	Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen bei Kindern und Jugendliche von ≥ 10 und < 18 Jahren mit hochaktiver RRMS und vollständiger Vorbehandlung, für die ein Wechsel innerhalb der Basistherapeutika angezeigt ist	0,25mg/Tag für Kinder und Jugendliche unter 40kg KG	0,25mg 24.016 (Gilenya) 20.458 (Fingolimod-ratio) Dosierung für Erw. 2x0,25mg: 48.032 (Gilenya) 40.916 (Fingolimod-ratio)
		rasch fortschreiten de schwere RRMS	Anhaltspunkt für einen nicht quantifizierbaren Zusatznutzen bei Kindern und Jugendliche von ≥ 10 und < 18 Jahren mit rasch fortschreitender schwerer RRMS ohne krankheitsmodifizierende Vorbehandlung		
			Zusatznutzen bei Kindern und Jugendlichen von ≥ 10 und < 18 Jahren mit rasch fortschreitender schwerer RRMS trotz krankheitsmodifizierender Therapie nicht belegt		

Ozanimod	Zeposia	RRMS	Hinweis für einen geringen Zusatznutzen bei nicht-hochaktiver RRMS mit oder ohne krankheitsmodifizierender Vorbehandlung	0,92mg/Tag	24.466
			Zusatznutzen bei hochaktiver RRMS trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie nicht belegt		
Ponesimod	Ponvory	RMS	Zusatznutzen bei hochaktiver RMS trotz Behandlung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie nicht belegt	20mg/Tag	16.231
			Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen bei nicht-hochaktiver RMS mit oder ohne krankheitsmodifizierender Vorbehandlung und einem EDSS ≤ 3,5; bei EDSS > 3,5 Zusatznutzen nicht belegt.		
Siponimod*	Mayzent	SPMS	Zusatznutzen nicht belegt	2mg/Tag ⁸	14.923

Wirksamkeitskategorie 3

Alemtuzumab	Lemtrada	hochaktive RRMS (second line)	keine FNB	Jahr 1: 5 Tage 12mg/d ab Jahr 2: 3 Tage 12mg/d	61.774 (Jahr 1) 37.064 (ab Jahr 2 bis Jahr 4)
		rasch fortschreitende schwere RRMS			
Ocrelizumab	Ocrevus	RMS	Beleg für einen geringen Zusatznutzen bei nicht-hochaktiver RRMS mit oder ohne krankheitsmodifizierender Vorbehandlung	600mg alle 6 Monate	25.242
			Zusatznutzen bei hochaktiver RMS trotz Behandlung mit einer		

			krankheitsmodifizierenden Therapie nicht belegt		
		frühe PPMS	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen.		
Rituximab	Blitzima, Truxima, Rixathon, Ruxience, Mabthera		off-label-Einsatz bei PPMS und RRMS	1.000mg alle 6 Monate	7.050 (Blitzima) 7.109 (Truxima) 7.279 (Rixathon) 7.580 (Ruxience) 9.195 (Mabthera)
Natalizumab	Tysabri	hochaktive RRMS (second line) rasch fortschreitende schwere RRMS	keine FNB	300mg alle 4 Wochen	34.717 (Tysabri)
Ofatumumab	Kesimpta	RMS	keine FNB	20mg alle 4 Wochen	16.923

Reservemedikamente					
Mitoxantron	Mitoxantron Hexal MS	hochaktive RMS	keine FNB	22,8mg alle 3 Monate bei KOF von 1,9m ² ⁹	1.180
Azathioprin	Generika	RMS	keine FNB	150mg/Tag bei 75kg Körpergewicht ¹⁰	360
Intravenöse Immunglobuline (ivIg)		sollen bei Patienten nicht mehr zur verlaufsmodifizierenden Therapie der MS angewendet werden			

1 RMS: schubförmige Multiple Sklerose, RRMS: schubförmig-remittierende Multiple Sklerose, PPSM: primär progrediente Multiple Sklerose, SPMS: sekundär progrediente Multiple Sklerose

2 Anwendungsgebiete außerhalb einer klinisch gesicherter Multiple Sklerose (MS) Diagnose entnehmen Sie bitte der jeweiligen Fachinformation; Quelle: Fachinformationen

3 Angabe der Erhaltungsdosis, wenn anwendbar; gemäß Fachinformationen bzw. Empfehlungen der aktuellen Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Multiplen Sklerose, Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen und MOG-IgG-assoziierten Erkrankungen

4 Kosten nach Beschluss der Nutzenbewertung; Präparat nach Abzug der Rabatte nach § 130 und/oder 130a SGB V; wenn verfügbar Original-Präparate; unter Berücksichtigung der Erhaltungsdosis, wenn anwendbar; unter Berücksichtigung der größten Packungsgröße; **Preisstand Lauer-Taxe 15.10.2023**

5 Bei Kindern ≤ 40 kg Dosisanpassung erforderlich

6 Mavenclad wird insgesamt 2 Jahre gegeben; 1,75 mg/kg Körpergewicht pro Jahr in jeweils zwei Behandlungswochen bestehend aus jeweils vier bis fünf Tagen in zwei aufeinanderfolgenden Monaten, zum Zwecke der übersichtlichen Darstellung wird bei der Berechnung der Kosten von einem Körpergewicht von 70-80 kg ausgegangen; das genaue Dosierschema entnehmen Sie bitte der Fachinformation

7 Bei Kindern ≤ 40 kg Dosisanpassung erforderlich

8 Bei Patienten mit einem CYP2C9*2*3- oder -*1*3-Genotyp ist eine Dosisanpassung erforderlich

9 Individuelle Dosierung ist zu beachten, 12 mg/kg Körpergewicht alle 1-3 Monate; zum Zwecke der übersichtlichen Darstellung wird bei der Berechnung der Kosten von einer Wiederholung der Dosierung alle 3 Monate ausgegangen bei einer KOF von 1,9m² ausgegangen; maximale lebenslange Gesamtdosis 72 mg/m²

10 Dosierung bei MS 2mg/kg - 3mg/kg Körpergewicht/Tag, zum Zwecke der übersichtlichen Darstellung wird bei der Berechnung der Kosten von einem Körpergewicht von 75 kg ausgegangen

