



# Verordnung Aktuell Arzneimittel

Stand: 27. Mai 2014

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ [Verordnungsberatung@kvb.de](mailto:Verordnungsberatung@kvb.de) ▪ [www.kvb.de/praxis/verordnungen](http://www.kvb.de/praxis/verordnungen)

## ■ Nutzenbewertung nach § 35a SGB V: Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses im 1. Quartal 2014

Hier haben wir Ihnen eine Übersicht der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Nutzenbewertung zusammengestellt. Ausführliche Informationen zu den einzelnen G-BA-Beschlüssen finden Sie jeweils in einem separaten *Verordnung Aktuell* unter [www.kvb.de/ Praxis/ Verordnungen/ Frühe Nutzenbewertung](http://www.kvb.de/Praxis/Verordnungen/Fruehe_Nutzenbewertung).

Weitere Hilfe bekommen Sie – **als Mitglied der KVB** - am Service-Telefon Verordnung unter **0 89 / 5 70 93 - 4 00 30**.

Wirkstoff / Fertigarzneimittel	Vergleichstherapie	Bewertung
Aflibercept / Eylea®	Zur Behandlung von Erwachsenen mit neovaskulärer (feuchter) altersbedingter Makuladegeneration: Ranizumab	Kein Zusatznutzen
	Zur Behandlung von Erwachsenen mit einer Visusbeeinträchtigung aufgrund eines Makulaödems infolge eines retinalen Zentralvenenverschluss (ZVV)“: Dexamethason (intravitreales Implantat) oder Ranibizumab	Kein Zusatznutzen

Wirkstoff / Fertigarzneimittel	Vergleichstherapie	Bewertung
Colestilan / BindRen® <sup>1</sup>	Calziumhaltige Phosphatbinder <b>oder</b> Sevelamer <b>oder</b> Lanthankarbonat. Unter calziumhaltige Phosphatbinder fallen auch Phosphatbinder, die neben calziumhaltigen zusätzlich magnesiumhaltige phosphatbindende Wirkstoffe enthalten.	Kein Zusatznutzen
Enzalutamid / Xtandi®	Best Supportive Care <sup>2</sup>	Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen
Pomalidomid / Imnovid®	Es handelt sich um ein Orphan Drug. Für Orphan Drugs erfolgt keine Festlegung einer zweckmäßigen Vergleichstherapie.	beträchtlicher Zusatznutzen
Ponatinib / Iclusig®	Es handelt sich um ein Orphan Drug. Für Orphan Drugs erfolgt keine Festlegung einer zweckmäßigen Vergleichstherapie.	Zusatznutzen nicht quantifizierbar
Regorafenib / Stivarga®	Best Supportive Care <sup>2</sup>	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen
Teriflunomid / Aubagio®	β-Interferon (IFN-β) 1a <b>oder</b> IFN-β 1b <b>oder</b> Glatirameracetat	Kein Zusatznutzen
Vemurafenib / Zelboraf®	Dacarbazin	Hinweis auf einen beträchtlichen Zusatznutzen
Vismodegib / Erivedge®	für erwachsene Patienten mit symptomatischem metastasiertem Basalzellkarzinom, ggf. unter Einbeziehung einer Operation oder Strahlentherapie: Best Supportive Care <sup>2</sup>	Zusatznutzen nicht belegt
	für erwachsene Patienten mit lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, für die weder eine Operation noch eine Strahlentherapie geeignet ist: Best Supportive Care <sup>2</sup>	Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen

<sup>1</sup> Nach der Beschlussfassung am 1. Oktober 2013 äußerte sich der Hersteller gegenüber dem G-BA. Aufgrund dieser Stellungnahme entschied der G-BA den Beschluss hinsichtlich der Formulierung der zweckmäßigen Vergleichstherapie zu ändern.

<sup>2</sup> Als Best-Supportive-Care wird die Therapie verstanden, die eine bestmögliche, Patienten-individuell optimierte, unterstützende Behandlung zur Linderung von Symptomen und Verbesserung der Lebensqualität gewährleistet.