

Wirkstoff / Fertigarzneimittel (Beschluss in Kraft getreten am)	Zugelassenes Anwendungsgebiet	Indikation / Patientengruppe	Zweckmäßige Vergleichstherapie	G-BA-Bewertung	Preisverhandlung/ Praxisbesonderheit (Hersteller & GKV-Spitzenverband)
<b>Nusinersen – Spinraza®</b>  (20.12.2017)	Spinraza® wird zur Behandlung der 5q- assoziierten spinalen Muskelatrophie angewendet.	a) Für Patienten mit 5q-assoziierter spinaler Muskelatrophie (5q-SMA) Typ 1	Spinraza® ist zugelassen als Arzneimittel zur Behandlung eines seltenen Leidens („Orphan Drug“). Der medizinische Zusatznutzen gilt durch die Zulassung als belegt.	a) Erheblicher Zusatznutzen	Erstattungsbetrag vereinbart
		b) Für Patienten mit 5q-SMA Typ 2		b) Beträchtlicher Zusatznutzen	
		c) Für Patienten mit 5q-SMA Typ 3	Der G-BA bestimmt das Aus- maß des Zusatznutzens für die Anzahl der Patienten und Pa- tientengruppen, für die ein therapeutisch bedeutsamer Zusatznutzen besteht.	c) Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen	
		d) Für Patienten mit 5q-SMA Typ 4		d) Nicht quantifizierbarer Zusatznutzen	

#### Hinweis

Haben Sie vor einer Verordnung Interesse oder Bedarf an Detail- und Hintergrundinformationen zu dem Verfahren oder dem Beschluss, so finden Sie diese über den folgenden Link beim G-BA.

G-BA: Frühe Nutzenbewertung <http://www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung/>

Zu Indikationen, Patientengruppen und Zielpopulationen werden nähere Angaben gemacht. Therapiekosten werden verglichen und detailliert dargestellt. Anforderungen für eine qualitätsgesicherte Anwendung könnten z. B. Beschränkungen bei der Verordnung auf Fachärzte oder bestimmte definierte Patientengruppen vorsehen.

**Geschäftsbereich Verordnungsmanagement**

Telefon: 0231 9432-3941

E-Mail: [verordnungsmanagement@kvwl.de](mailto:verordnungsmanagement@kvwl.de)