

**DUPIXENT[®] BEI SCHWERER,
UNKONTROLLIERTER CRSWNP^{*,1}:
EIN VOLLTREFFER, AUCH
FÜR IHR BUDGET!^a**

Budgetneutral
dank bundesweiter
Praxisbesonderheit^{a,b,2}



PRÄZISIONSMEDIZIN BUDGETNEUTRAL VERORDNEN^{a,b,2}

Dank **bundesweiter Praxisbesonderheit** belasten die Kosten für die Verordnung von DUPIXENT® bei schwerer, unkontrollierter CRSwNP*¹ nicht Ihr Arzneimittelbudget.^{a,b,2} Dafür müssen Sie keinen gesonderten Antrag stellen, **denn die Anerkennung durch alle KVen und gesetzlichen Krankenkassen erfolgt automatisch** - und das bundesweit.^{b,2}



HOHE ABDECKUNG. HÖCHSTE ANSPRÜCHE.

DUPIXENT® mit **hoher Rabattvertragsabdeckung** von ca. **98%** der GKV-Versicherten.⁴

Rabattverträge werden zwischen Krankenkassen und pharmazeutischem Hersteller vereinbart. Sie tragen zur Entlastung des Gesundheitssystems bei. Die Höhe des vereinbarten Rabatts ist vertraulich.⁵ **Laut G-BA ist bei einem Arzneimittel mit Rabattvertrag die Wirtschaftlichkeit sichergestellt und weitere Kostenvergleiche sind nicht notwendig.**⁶



Lesen Sie mehr zur ICD-10-Codierung und bundesweiten Praxisbesonderheit:

<https://www.typ2-inflammation.de/crswnp-fachkreise/zusatznutzen-besonderheit>



Übersicht zu KVen mit Rabattverträgen für DUPIXENT®:

<https://www.deutschesarztportal.de/wirtschaftlichkeit/aktuelle-rabattvertraege/rabattvertraege-zu-biologika/detail/abfrage/36>

CRSwNP = chronische Rhinosinusitis mit Nasenpolypen; **G-BA** = Gemeinsamer Bundesausschuss.

* DUPIXENT® ist angezeigt als Add-on-Therapie mit intranasalen Kortikosteroiden zur Behandlung von Erwachsenen mit schwerer CRSwNP, die mit systemischen Kortikosteroiden und/oder chirurgischem Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann.¹ | # Allein aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde auf die gleichzeitige Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten aber selbstverständlich für alle Geschlechter. | a Alle KVen und gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland erkennen automatisch an, dass DUPIXENT® nicht in das Arzneimittelbudget des Arztes* fällt. Behandler können DUPIXENT® verordnen, ohne dass die Kosten ihr Arzneimittelbudget belasten.^{b,2} | b Die Anerkennung als Praxisbesonderheit gilt nicht bei der Anwendung von DUPIXENT® außerhalb der gesetzlich bestimmten Bedingungen (im Rahmen eines nicht bestimmungsgemäßen Gebrauchs, „off label use“).^{1,2}

1. DUPIXENT® Fachinformation, Stand August 2023; **2.** GKV-Spitzenverband: Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 130 b Abs. 1 Satz 1 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Sanofi-Aventis Deutschland GmbH zum Arzneimittel DUPIXENT® (Wirkstoff: Dupilumab) bezüglich der Anerkennung als Praxisbesonderheit; abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/arzneimittel/verhandlungen_nach_amnog/ebv_130b/wirkstoff_813952.jsp (letzter Zugriff: April 2024); **3.** https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4283/2020-05-14_AM-RL-XII_Dupilumab_D-505_BAnz.pdf (letzter Zugriff: April 2024); **4.** Applied Services PMonitor. Datenstand Rabattverträge: 01.04.2024; Datenstand Versicherte: 01.04.2024; **5.** <https://www.kbv.de/html/2948.php> (letzter Zugriff: April 2024); **6.** <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/886/> (letzter Zugriff: April 2024).

Dupixent 200/300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze/im Fertigen. **Wirkstoff:** Dupilumab. **Zusammens.:** Jede Fertigspritze/jeder Pen zur einmaligen Anwendung enthält 200 mg Dupilumab in 1,14 ml Lösung (175 mg/ml) oder 300 mg Dupilumab in 2 ml Lösung (150 mg/ml). **Arzneil. wirks. Bestandt.:** Dupilumab (vollst. humaner monoklon. Antikörper). **Sonst. Bestandt.:** Argininhydrochlorid, Histidin, Histidindihydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80, Natriumacetat-Trihydrat, Essigsäure, Saccharose, Wasser f. Injektionszsw. **Anw.-geb.:** Mittelschw. bis schw. atopische Dermatitis (AD) b. Erw. u. Jugendl. ab 12 J., die für system. Ther. i. Betracht kommen. Schw. AD bei Kindern von 6 Mon. bis 11 J., die für system. Ther. i. Betracht kommen. Add-on-Erhaltungsther. b. Erw., Jugendl. ab 12 J. u. Kindern von 6–11 J. mit schwerem Asthma mit Typ-2-Entzündung (erhöhte Anzahl der Eosinophilen i. Blut u./od. erhöhtes FeNO), das trotz hochdosiert. (Kindern von 6–11 J.: mittel- b. hochdosiert.) ICS plus einem weiteren z. Erhaltungsther. angewendeten AM unzureich. kontrolliert ist. **Nur 300 mg:** Add-on-Ther. m. intranasal. Kortikosteroiden z. Behandl. v. Erw. m. schwerer chron. Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP), die m. system. Kortikosteroiden u./od. chirurg. Eingriff nicht ausreichend kontrolliert werden kann. Zur Behandl. von mittelschwerer bis schwerer Prurigo nodularis (PN) bei Erw., die für system. Ther. i. Betracht kommen. Zur Behandl. d. eosinophilen Ösophagitis (EoE) bei Erw. u. Jugendl. ab 12 J. m. einem Körpergew. v. mind. 40 kg, die mit einer konv. medikament. Ther. unzur. therapiert sind, diese nicht vertragen od. für die eine solche Ther. nicht in Betracht kommt. **Gegenanz.:** Überempfindlichk. geg. d. Wirkst. od. e. d. sonst. Bestandt.; **Nebenw.:** Bei Erw. m. atop. Dermatitis, Asthma, CRSwNP u. PN: *Infekt./parasit. Erkrank.:* Häufig: Konjunktivitis, oraler Herpes; *Blut/Lymph:* Häufig: Eosinophilie; *Immunsys.:* Selten: Serumkrankh./Serumkrankh. ähnl. Reakt., anaphylaktische Reakt.; *Gelegentl.:* Angioödem; *Augen:* Häufig: allerg. Konjunktivitis; *Gelegentl.:* Augenjucken, Blepharitis, Keratitis, trockenes Auge; *Selten:* ulzerative Keratitis; *Erkr. Haut / Unterhautgew.:* Gelegentl.: Ausschlag im Gesicht; *Skelett/Bindgew./Knochen:* Häufig: Arthralgie; *Allgem./Beschw. a. d. Verabreichungsort:* Häufig: Reakt. a. d. Injektionsst. (einschließlich Erythem, Ödem, Juckreiz, Schmerz, Schwellung), bei EoE: Häufig: Bluterg. a. d. Injektionsst. **Warnhinweis:** Enthält Saccharose. **Verschreibungspflichtig.**

Pharmazeutischer Unternehmer: **Sanofi Winthrop Industrie**, 82 avenue Raspail, 94250 Gentilly, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, 65926 Frankfurt am Main. **Stand der Information:** August 2023