

# Therapie-Tipps

[www.wgkk.at](http://www.wgkk.at)

Im Fokus

## Nachfolgepräparate mit der Wirkstoffkombination Amoxicillin/Clavulansäure

Mit der Aufnahme eines weiteren kostengünstigen Nachfolgers mit der Wirkstoffkombination Amoxicillin/Clavulansäure steht nun – zusätzlich zu den bereits zahlreichen ökonomischen Alternativen – ein weiteres Nachfolgepräparat im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung. Im Hinblick auf den rationalen Einsatz von Antibiotika sollte deren Indikation besonders in der Erkältungszeit kritisch hinterfragt werden. Bei vorliegender Indikation für eine antibiotische Therapie ersuchen wir Sie, die ökonomischste Alternative zu wählen. Insgesamt besteht derzeit bei der genannten Wirkstoffkombination ein maximales Kostenreduktionspotential von rund EUR 300.000 pro Jahr. Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool ([www.erstattungskodex.at](http://www.erstattungskodex.at)) oder die App EKO2go.

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2018 Informationsstand März 2018

**ROT** → **GRÜN**

**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01CR02 Amoxicillin und Beta-Lactamase-Inhibitoren</b>					
<b>Amoxicillin/Clavulansäure "Krka"</b>					
500 mg/125 mg Filmtabl.	12 Stk.	-	(2)	6,50	2,20
875 mg/125 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	7,95	1,45
	14 Stk.	-	-	9,10	2,20

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2018)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02BE01 Paracetamol</b>					
Paracetamol "Accord" 500 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	0,60	<b>0,20</b>
	30 Stk.	T2	-	1,75	<b>0,75</b> Erstanbieter nicht im EKO

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AF07 Tenofovir Disoproxil</b>						
RE2 L6	<b>Tenofovirdisoproxil "Aristo" 245 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	147,10	<b>301,50</b> Preismodell beim Erstanbieter

In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei

- HIV-1-infizierten Erwachsenen
- HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.

Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.

Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.

Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).

Die Therapie ist abzusetzen:

- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit
- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit

Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2018)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>J05AF10 Entecavir</b>						
RE2 L6	<b>Entecavir "ratiopharm"</b> <b>0,5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	220,00	<b>224,40</b>
<p>Bei Nukleosid-naiven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Entecavir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>						
RE2 L6	<b>Entecavir "ratiopharm"</b> <b>1 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	-	220,00	<b>241,05</b>
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</li> <li>- bei dekompensierter Lebererkrankung</li> </ul> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Entecavir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Entecavir „ratiopharm“ ist die wirtschaftlichere Alternative zu Baraclude. Im individuellen Einzelfall kann die 1 mg Filmtablette auch geteilt werden.</p>						

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2018)

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10AE06 Insulin degludec</b>					
RE2 L12	Tresiba 100 E/ml Fertigpen <b>PM</b>	5 Stk.	-	-	<b>80,60</b>
RE2 L12	100 E/ml Patrone <b>PM</b>	5 Stk.	-	-	<b>80,60</b>
Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Insulin degludec eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 28.2.2023.					
Alle Insuline sind im Grünen Bereich oder im dokumentationspflichtigen hellgelben RE2-Bereich des EKO. Nur Levemir ist aus Preisgründen vorbewilligungspflichtig. Neueinstellungen auf Levemir sind daher in der Regel nicht wirtschaftlich.					

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Capecitabin "medac" 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	L01BC06	01.03.2018
Capecitabin "medac" 500 mg Filmtabl.	120 Stk.	L01BC06	01.03.2018
Gabadal 400 mg Kaps.	100 Stk.	N03AX12	01.03.2018
Gabadal 800 mg Kaps.	100 Stk.	N03AX12	01.03.2018
Imigran Supp.	6 Stk.	N02CC01	01.03.2018
Olanzapin "Mylan" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.03.2018
Omeprazol "Arcana" 10 mg magensaftresistente Kaps.	30 Stk.	A02BC01	01.03.2018
Omeprazol "Arcana" 20 mg magensaftresistente Kaps.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC01	01.03.2018
Omeprazol "Arcana" 40 mg magensaftresistente Kaps.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC01	01.03.2018
Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.03.2018
Pioglitazone "Actavis" 30 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.03.2018
Pioglitazone "Actavis" 45 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.03.2018
Protelos 2 g Gran. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen	28 Stk.	M05BX03	01.03.2018
Risedronat "ratiopharm" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "ratiopharm" Brausetabl. 60 Stk.	4 Stk.	M05BA07	01.03.2018
Risedronat "ratiopharm" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "ratiopharm" Kautabl. 60 Stk.	4 Stk.	M05BA07	01.03.2018

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Risedronat "ratiopharm" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 Tabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 Stk.	M05BA07	01.03.2018
Terbinafin "Actavis" 250 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	D01BA02	01.03.2018

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>P01 MITTEL GEGEN PROTOZOEN-ERKRANKUNGEN</b>				
<b>P01AB01 Metronidazol</b>				
Anaerobex Filmtabl.	10 Stk.	T2	-	7,35
	14 Stk.	T2	-	10,05
	20 Stk.	T2	-	14,15
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 20 Stk.				
Mit der 20 Stück Packung können weitere Anwendungsgebiete zulassungskonform mit einer Packung austherapiert werden.				
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03BA02 Budesonid</b>				
Miflonide Breezhaler 200 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	60 Stk.	-	(2)	9,05
Austausch der 120 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg. und Änderung der Bezeichnung ( <i>vormals Miflonide 200 mcg Kaps. zur Trockeninhalation</i> ). Die Bezeichnung für die 400 mcg-Packung wurde in analoger Weise geändert.				

### Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>				
<b>S01BC05 Ketorolac</b>				
KetoVision 5 mg/ml Augentropf. <i>vormals Ketorolac "Medicopharm" 5 mg/ml Augentropf.</i>	5 ml	-	-	5,25

### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AD06 Acipimox</b>					
RE1 L6	<b>Olbetam Kaps.</b>	60 Stk.	-	-	<b>23,40</b>
Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.					
Streichung der 30 Stk.-Packung					

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>					
<b>C02KX01 Bosentan</b>					
RE1	<b>Tracleer 62,5 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>1.500,20</b>
RE1	<b>125 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>1.551,20</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</li> <li>– Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen.</li> </ul> Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.					
Bosentan ist auch unter dem Handelsnamen Stayveer und einem Preisvorteil von bis zu € 436,15 pro Monatspackung verfügbar. Die bestimmte Verwendung von Tracleer wurde nun angepasst.					
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AP55 Sofosbuvir und Velpatasvir</b>					
RE1	<b>Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	-	-	<b>14.792,40</b>
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C. Genotypen 1, 2, 4, 5, 6: <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei PatientInnen ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen</li> <li>– bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> </ul> Genotyp 3: <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei PatientInnen ohne Zirrhose für 12 Wochen</li> <li>– bei PatientInnen mit kompensierter Zirrhose in Kombination mit oder ohne Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>– bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> </ul> Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.           Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.           Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert.           Die Aufnahme ist befristet und endet mit 29.2.2020.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XX47 Idelalisib</b>					
RE1	<b>Zydelig 100 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	<b>3.868,95</b>
RE1	<b>150 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	<b>3.868,95</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit rezidivierender oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemotherapie nicht geeignet sind.</li> <li>- Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit CLL als Erstlinientherapie bei Vorliegen einer 17p Deletion oder einer TP53 Mutation, die für keine anderen Therapien geeignet sind.</li> <li>- Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit follikulärem Lymphom (FL), welche refraktär nach zwei vorausgegangenen Therapien sind.</li> </ul> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen hämatonkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>					

## Abkürzungsverzeichnis

- T.....Teilbarkeit  
OP.....Originalpackungen  
KVP....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer  
(2).....Zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden  
T2.....Zur Dosishalbierung in zwei gleiche Teile teilbar  
IND.....Nur in der angegebenen Indikation frei verschreibbar (siehe EKO)  
RE1 ....Vorabbeurteilung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)  
RE2 ....Bei Einhaltung der bestimmten Verwendung lt. Regeltext ersetzt die Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle die Vorabbeurteilung (siehe EKO)  
L3.....Langzeitbeurteilung für 3 Monate möglich  
L6.....Langzeitbeurteilung für 6 Monate möglich  
L12.....Langzeitbeurteilung für 12 Monate möglich  
SG.....Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen  
D .....Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten  
N .....Facharzt/Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie  
P .....Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie  
AU.....Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde  
PM) .....Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

## Impressum

Herausgeberin: WGKK in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien  
Kontakt: Mag.<sup>a</sup> pharm. Regina Prager, MSc,  
Medizinische Behandlungsökonomie,  
Telefon: +43 1 601 22-2728,  
E-Mail: [regina.prager@wgkk.at](mailto:regina.prager@wgkk.at)

Herausgeberin: Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19  
Satz- und Druckfehler vorbehalten  
Bildquelle: Shutterstock und WGKK  
Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der WGKK gestattet

Offenlegung (§ 25 Mediengesetz):  
Medieninhaberin ist die Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19  
Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:  
Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärztinnen/-ärzte der Wiener  
Gebietskrankenkasse