

# Therapie-Tipps

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

Im Fokus

## Enoxaparin-Natrium – Nachfolgepräparate

Seit Oktober 2018 stehen erstmals Nachfolgepräparate für den Wirkstoff Enoxaparin-Natrium im Grünen Bereich des Erstattungskodex zur Verfügung. Auch die Dosierungen 6.000, 8.000 und 10.000 IE (welche beim Erstanbieter der chefärztlichen Bewilligung unterliegen (Gelbe Box, RE1)) sind bei den Nachfolgern nunmehr frei verschreibbar.

Für den Wirkstoff Enoxaparin-Natrium besteht alleine in Wien ein Kostenreduktionspotential von bis zu € 2,29 Mio. Wir ersuchen daher um ökonomische Verschreibweise.

Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool ([www.erstattungskodex.at](http://www.erstattungskodex.at)) oder die App EKO2go.

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

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>					
<b>C01EB17 Ivabradin</b>					
Ivabradin "HCS" 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	6,95	<b>27,25</b> Erstanbieter in RE1
	56 Stk.	T2	(3)	13,55	<b>45,85</b> Erstanbieter in RE1

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Ivabradin "HCS" 7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	6,95	27,25 Erstanbieter in RE1
	56 Stk.	-	(3)	13,55	45,85 Erstanbieter in RE1
Ivabradin ist das achte generische Ivabradin und deutlich günstiger als Procoralan, welches darüber hinaus bewilligungspflichtig ist.					
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AX09 Ezetimib</b>					
Ezetimib "Stada" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	12,45	34,10 Erstanbieter in RE2

### Aufnahme kostengünstiger Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AB05 Enoxaparin</b>					
Inhixa 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	7,20	5,10
	10 Stk.	-	-	11,70	9,80
4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	13,85	9,96
	10 Stk.	-	-	22,65	18,10
6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	17,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	10 Stk.	-	-	27,75	29,00 Erstanbieter in RE1
8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	22,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	10 Stk.	-	-	36,95	38,75 Erstanbieter in RE1
10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	-	-	26,75	25,01
	10 Stk.	-	-	42,30	47,00 Erstanbieter in RE1
Inhixa ist das zweite Enoxaparin-Biosimilar (Originärpräparat Lovenox).					
Klarstellung zu den Änderungen im Erstattungskodex ab Oktober 2018: Mit Oktober 2018 wurde Enoxaparin Becat in mehreren Stärken als Nachfolger zu Lovenox frei verschreibbar in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen. Der große Preisvorteil der biosimilaren Produkte gegenüber Lovenox ist im Sinne der Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln (RöV 2005) in der künftigen Verschreibpraxis zu berücksichtigen.					

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

**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>J05AF10 Entecavir</b>						
RE2	<b>Entecavir "Accord" 0,5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	167,25	<b>148,90</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.            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:</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>						
RE2	<b>1 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	167,25	<b>148,90</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.            Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).            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>						
Entecavir ist das dritte Nachfolgepräparat zu Baraclude und hat einen Preisvorteil von ca. 50 %.						

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

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AX08 Raltegravir</b>					
RE1	<b>Isentress 600 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	<b>585,75</b>
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen mit einem Gewicht von mindestens 40 kg. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA26 Belimumab</b>					
RE1	<b>Benlysta 200 mg Inj.lsg. Fertigpen</b>	1 Stk.	-	-	<b>233,40</b>
L6		4 Stk.	-	-	<b>879,90</b>
Bei erwachsenen PatientInnen mit aktivem, Autoantikörper-positivem systemischen Lupus erythematodes (SLE) als Zusatztherapie, wenn trotz Standardtherapie eine hohe Krankheitsaktivität (z.B. positiver Test auf Anti-dsDNA-Antikörper und niedriges Komplement) vorliegt. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des SLE. Wenn nach 6-monatiger Behandlung keine Verbesserung der Krankheitsaktivität erreicht werden kann, muss ein Abbruch der Behandlung mit Belimumab in Erwägung gezogen werden. Belimumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Ambrobene retard 75 mg Kaps.</b>	10 Stk. 20 Stk.	R05CB06	01.11.2018
<b>Buprenorphin "ratiopharm" 2 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk. 28 Stk.	N07BC01	01.11.2018
<b>Buprenorphin "ratiopharm" 8 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk. 28 Stk.	N07BC01	01.11.2018
Die Patientenversorgung ist jedenfalls durch Bupensan und Buprenorphin Hexal gewährleistet.			
<b>Colpermin Kaps.</b>	50 Stk.	A03AX	12.10.2018
<b>Desloratadine "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.11.2018
<b>Glimepirid "Genericon" 2 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BB12	01.11.2018
<b>Lovenox 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. Amp.</b>	10 Stk.	B01AB05	01.11.2018
<b>Mexalen 500 mg Tabl.</b>	10 Stk.	N02BE01	01.11.2018
Die verfügbaren substanzidenten frei verschreibbaren Alternativen sind Paracetamol Accord und Paracetamol Sandoz, wobei von diesen auch jeweils eine 30 Stück Packung frei verschreibbar ist.			
<b>Mirtaron 30 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	N06AX11	01.11.2018
<b>Respicur retard 200 mg Kaps.</b>	20 Stk.	R03DA04	01.11.2018
<b>Respicur retard 400 mg Kaps.</b>	20 Stk.	R03DA04	01.11.2018

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Zoledronsäure „Teva“ 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	M05BA08	01.11.2018
Zovirax 400 mg Filmtabl.	60 Stk.	J05AB01	01.11.2018
Fünf substanzidentente Generika sind im Grünen Bereich gelistet: ViroMed 400 mg Tabl., Aciclostad 400 mg Tabl., Aciclovir "1A Pharma" 400 mg Tabl., Aciclovir "Genericon" 400 mg Filmtabl. und Aciclobene 400 mg Tabl.			

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>				
<b>B01AC04 Clopidogrel</b>				
Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	<b>10,75</b>
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist.</i>				
Streichung der 7 Stk.-Pkg.				
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>				
<b>C08CA13 Lercanidipin</b>				
Lercanidipin "Stada" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	<b>6,60</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	<b>6,60</b>
Jeweils Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02BB02 Metamizol-Natrium</b>				
Novalgin Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	<b>1,65</b>
	30 Stk.	-	-	<b>5,05</b>
	50 Stk.	-	-	<b>6,65</b>
	100 Stk.	-	-	<b>13,00</b>
Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 30 Stk.				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DX01 Memantin</b>					
RE2	<b>Ebixa 10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	T2	(2)	<b>17,30</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	(2)	<b>33,25</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					
RE2	<b>Ebixa 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen</b>	50 ml	-	(2)	<b>38,15</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden.</li> <li>- Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.</li> </ul>					
RE2	<b>Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	T2	(2)	<b>17,30</b>
RE2	<b>20 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	(2)	<b>33,25</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.</li> <li>- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> </ul>					
Bei allen Memantin-Produkten entfällt L6.					

## Abkürzungsverzeichnis

T.....Teilbarkeit

OP.....Originalpackungen

KVP....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer

(2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden

(3).....drei Packungen pro Verschreibung abgebbar, 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)

L6.....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich

## Impressum

Herausgeber: WGKK in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien

Kontakt: Frau Mag.<sup>a</sup> Prager,  
Medizinische Behandlungsökonomie,  
Telefon: +43 1 601 22-2728,  
E-Mail: [office.mboe@wgkk.at](mailto:office.mboe@wgkk.at)

Herausgeber: Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: frank60/shutterstock.com

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der WGKK gestattet

Offenlegung (§ 25 Mediengesetz):

Medieninhaber ist die Wiener Gebietskrankenkasse, 1100 Wien, Wienerbergstraße 15-19

Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:

Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärztinnen/-ärzte der Wiener  
Gebietskrankenkasse