

Therapie-Tipps

www.wgkk.at

Im Fokus

Anagrelid – kostengünstiges Nachfolgepräparat

Seit 1. Dezember 2018 steht für den Wirkstoff Anagrelid (ATC-Code: L01XX35) zur Second-Line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie ein kostengünstiger Nachfolger im Gelben Bereich des Erstattungskodex zur Verfügung (RE2 – nachfolgende Kontrolle). Zusätzlich zur 0,5 mg-Dosierung ist der Nachfolger auch in der Stärke von 1 mg Hartkapseln zur bedarfsgerechten Patientenversorgung verfügbar.

Für diesen Wirkstoff besteht alleine in Wien ein Einsparpotential von € 242.000 pro Jahr. Wir ersuchen daher um bevorzugte Verordnung kostengünstiger Nachfolger.

Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool (www.erstattungskodex.at) oder die App EKO2go.

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2019 Informationsstand Februar 2019

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N02 ANALGETIKA					
N02BB02 Metamizol-Natrium					
Metagelan 2,5 g Inj.lsg.	5 Stk.	-	(2)	3,25	4,65
Frei verschreibbar mit dem Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose					
Ca. 5.000 Packungen parenteraler Metamizol-Präparate werden monatlich mit den SV-Trägern abgerechnet. Mit Metagelan 2,5 g ist das mit großem Preisvorteil möglich.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2019)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AB55 Diclofenac, Kombinationen				
ArthroComb 75 mg/20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk.	-	-	2,25
	30 Stk.	-	-	6,75
Dies ist eine Fixkombination von 75 mg Diclofenac (25 mg Diclofenac-Natrium in magensaftresistenter Form, 50 mg Diclofenac-Natrium in retardierter Form) und 20 mg Omeprazol.				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA03 Rivastigmin						
RE2 L6	Rivastigmin "1A Pharma" 4,6 mg/24 h transderm. Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	- -	- (3)	9,95 39,60	0,40 1,00
RE2 L6	9,5 mg/24 h transderm. Pflaster	30 Stk.	-	(3)	39,60	1,00
RE2 L6	13,3 mg/24 h transderm. Pflaster	30 Stk.	-	(3)	39,60	1,00
<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2019)

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Desloratadin "ratiopharm" 5 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.02.2019
Lexotanil "Roche" 3 mg Tabl.	50 Stk.	N05BA08	01.02.2019
Venlafaxin "Stada" 75 mg Retardkaps.	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.02.2019
Venlafaxin "Stada" 150 mg Retardkaps.	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.02.2019

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02BB02 Metamizol-Natrium				
Metagelan 500 mg/ml Tropf.	10 ml	-	(2)	1,20
	30 ml	-	(2)	2,85
	50 ml	-	-	4,75
	250 ml	-	-	22,45
Frei verschreibbar mit dem Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße von 30 ml				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC01 Fluconazol				
Fluconazol "+ pharma" 150 mg Kaps. <i>vormals Fluconazol "Genericon" 150 mg Kaps. bei Dermatomykosen</i>	2 Stk.	-	-	11,50
F D				
Fluconazol "+ pharma" 150 mg Kaps <i>vormals Fluconazol "Genericon" 150 mg Kaps. bei Onychomykosen</i>	4 Stk.	-	-	20,90
D				

Änderung der Verschreibbarkeit im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE				
C01EB17 Ivabradin				
Ivabradin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,35
	60 Stk.	T2	(3)	14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,35
	60 Stk.	-	(3)	14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	6,95
	56 Stk.	T2	(3)	13,55
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	6,95
	56 Stk.	-	(3)	13,55
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 56 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	6,90
	56 Stk.	T2	(3)	13,30
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	6,90
	56 Stk.	-	(3)	13,30
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 56 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,35
	60 Stk.	T2	(3)	14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,35
	60 Stk.	-	(3)	14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,45
	60 Stk.	T2	(3)	14,30
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,45
	60 Stk.	-	(3)	14,30
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivacorlan 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,40
	60 Stk.	T2	(3)	14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,40
	60 Stk.	-	(3)	14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AF10 Entecavir					
RE2	Entecavir "Mylan" 0,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<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"> - 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. 					
RE2	Entecavir "Mylan" 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - bei dekompensierter Lebererkrankung <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"> - 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. 					
Jeweils Wegfall von L6					
RE2	Entecavir "ratiopharm" 0,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<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"> - 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. 					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE2	Entecavir "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	167,25
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - bei dekompensierter Lebererkrankung <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"> - 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. 					
Jeweils Wegfall von L6					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BX03 Abirateron					
RE1	Zytiga 500 mg Filmtabl. PM	56 Stk.	-	(2)	2.954,00
<p>Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogen und Prednison oder Prednisolon</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Behandlung des neu diagnostizierten Hochrisiko-metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinoms, wenn eine Chemotherapie aufgrund eines reduzierten Allgemeinzustandes und/oder signifikanter Komorbiditäten oder bestehenden Kontraindikationen nicht geeignet ist bei <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen von Fernmetastasen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung (Erstdiagnose) des Prostatakarzinoms und • Vorliegen von mindestens 2 der folgenden 3 Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none"> ➢ Gleason-Score von ≥ 8 ➢ ≥ 3 Läsionen in der Knochenszintigraphie ➢ viszerale Metastasen (via CT oder MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen Lymphknotenbefall) und • Vorbehandlung mit einer Androgenentzugstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung (Erstdiagnose) des Prostatakarzinoms - zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> • PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und • Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogen oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und • einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und • einem Wert von 0 bis höchstens 3 für den stärksten Schmerz innerhalb der letzten 24 Stunden auf einer von 0 bis 10 reichenden Numeric Rating Scale (NRS) - zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.</p>					
Aufnahme einer zusätzlichen Indikation laut Zulassung.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA32 Apremilast					
RE1 L6	Otezla 30 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	729,50
<p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis.</p> <p>Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p><u>Apremilast eignet sich für eine chef(kontrollärztliche) Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</u></p>					
Änderung von L3 auf 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
RE1Vorabbeurteilung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)
RE2Bei 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
DFachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
F.....Fachärztin/Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
PMArzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Impressum

Herausgeber: WGKK in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien
Kontakt: Frau Mag.^a Prager,
Medizinische Behandlungsökonomie,
Telefon: +43 1 601 22-2728,
E-Mail: 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