

Therapie-Tipps

www.wgkk.at

Im Fokus

Crestor 40 mg – ab Juli vorab bewilligungspflichtig!

Mit Juli 2019 ist das Präparat Crestor (Rosuvastatin) in der 40 mg-Stärke im RE1-Bereich gelistet und damit vorab bewilligungspflichtig.

Über ein Dutzend kostengünstiger Nachfolgepräparate gleicher Stärke stehen im Grünen Bereich des Erstattungskodex frei verschreibbar zur Verfügung, daher werden künftig grundsätzlich keine Bewilligungen für Crestor 40 mg mehr erteilt. Wir ersuchen Sie um Verordnung der kostengünstigen Nachfolgepräparate.

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

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

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC22 Prasugrel					
Prasugrel "HCS" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,40	47,78 Erstanbieter in RE2
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,40	47,78 Erstanbieter in RE2
<i>IND: Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.</i>					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Prasugrel "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,40	47,78 Erstanbieter in RE2
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	18,40	47,78 Erstanbieter in RE2
<i>IND: Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.</i>					
Prasulan 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	6,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	(2)	18,35	47,82 Erstanbieter in RE2
10 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	6,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	(2)	18,35	47,82 Erstanbieter in RE2
<i>IND: Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.</i>					
Mit Prasugrel "HCS", Prasugrel "ratiopharm" und Prasulan stehen drei Nachfolgepräparate zu Efient im Grünen Bereich des EKO. Bitte beachten Sie die maximale Therapiedauer von zwölf Monaten und die Dosisreduktion auf 5 mg bei Patienten über 75 Jahre oder einem Gewicht von unter 60 kg.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE10 Everolimus					
Everolimus "HCS" 2,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	233,10	1.209,05 Erstanbieter nicht im EKO
5 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	451,75	2.052,75 Erstanbieter in RE1
10 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	878,85	2.562,60 Erstanbieter in RE1
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n onkologisch spezialisierte/n Fachärztin/Facharzt.</i>					
Everolimus "HCS" ist das erste Nachfolgepräparat zu Afinitor, weitere stehen derzeit im Roten Bereich. Bis zu 1.500 ABS-Bewilligungsanträge pro Jahr entfallen durch die bevorzugte Verordnung aus dem Grünen Bereich. Bei der verordnungsstärksten Wirkstärke ist Everolimus "HCS" um 2.562,60 EUR pro Packung kostengünstiger.					

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

Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB02 Infliximab					
Zessly 100 mg Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	192,75	244,40 Erstanbieter nicht im EKO
	2 Stk.	-	-	366,30	476,30 Erstanbieter nicht im EKO
	3 Stk.	-	-	528,00	720,05 Erstanbieter nicht im EKO
<p><i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie).</i></p> <p><i>Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.</i></p> <p>Zessly ist das erste Infliximab-Präparat im Grünen Bereich.</p>					
L04AB04 Adalimumab					
Hyrimoz 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	398,70	68,60 **
<p><i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie).</i></p> <p><i>Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.</i></p> <p>Nach der Aufnahme eines Fertigpens von Hyrimoz im Juni folgt nun die Fertigspritze.</p>					

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AE03 Ritonavir					
RE2 Ritonavir "Accord" 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	24,15	21,60
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Ritonavir "Accord" ist das erste Nachfolgepräparat zu Norvir.</p>					

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

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotential werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
J05AE10 Darunavir						
RE2	Darunavir "Krka" 600 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	245,85	464,55
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei mehrfach vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen es unter mehr als einem Behandlungsschema mit einem Proteasehemmer zu einem Therapieversagen gekommen ist. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
RE2	800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	245,85	229,20
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
RE2	Darunavir "Mylan" 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	245,85	229,20
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
RE2	Darunavir "ratiopharm" 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	245,85	229,20
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
RE2	Darunavir "Sandoz" 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	245,85	229,20
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Die Darunavir-Präparate sind die ersten Nachfolger von Prezista.						

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE41 Binimetinib					
RE1	Mektovi 15 mg Filmtabl.	84 Stk.	-	-	2.277,95
		168 Stk.	-	-	4.531,25
<p>Als Kombinationstherapie mit Encorafenib zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>					
L01XE46 Encorafenib					
RE1	Braftovi 50 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	525,40
		112 Stk.	-	-	2.027,60
RE1	75 mg Hartkaps.	42 Stk.	-	-	1.151,30
		168 Stk.	-	-	4.531,25
<p>Als Kombinationstherapie mit Binimetinib zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. Nachweis einer positiven BRAF-V600-Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC17 Tildrakizumab					
RE1	Ilumetri 100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 Stk.	-	-	2.829,95
<p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, in einer Dosierung von maximal 100 mg alle 12 Wochen. 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. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 28 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Bricanyl Turbohaler 0,5 mg/Dosis Plv. zur Inh.	200 Hb.	R03AC03	01.07.2019
Austausch der 200 Hb.-Pkg. durch eine 120 Hb.-Pkg., die mit April 2019 in den EKO aufgenommen wurde.			
Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl.	30 Stk.	B01AC04	01.07.2019
Jumex Tabl.	50 Stk.	N04BD01	01.07.2019
Kalydeco 50 mg Gran. Btl.	56 Stk.	R07AX02	01.07.2019
Kalydeco 75 mg Gran. Btl.	56 Stk.	R07AX02	01.07.2019
Kalydeco 150 mg Filmtabl.	56 Stk.	R07AX02	01.07.2019
Lansoprazol "Bluefish" 15 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk. 28 Stk.	A02BC03	01.07.2019
Lansoprazol "Bluefish" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	7 Stk. 14 Stk. 28 Stk.	A02BC03	01.07.2019
Niften Kaps.	28 Stk.	C07FB03	01.07.2019
Österreichweit wurden im 1. Quartal 2019 noch 516 Patienten mit diesem Antihypertensivum behandelt. Es stehen zahlreiche andere Wirkstoffkombinationen zur Verfügung.			
Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	C10AX14	01.07.2019
Praluent 150 mg Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	C10AX14	01.07.2019
Die befristete Aufnahme von Praluent ist abgelaufen.			
Syntocinon Spray	5 ml	H01BB02	14.06.2019

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C08 CALCIUMKANALBLOCKER				
C08CA01 Amlodipin				
Amlodipin "1A Pharma" 5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	3,30
7,5 mg Tabl.	30 Stk.	T3	(3)	3,30
10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(3)	3,30
Änderung der Verwendung auf OP3				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC01 Fluconazol				
Fluconazol "+pharma" 150 mg Kaps.	2 Stk.	-	-	10,75
<i>Frei verschreibbar bei Dermatomykosen</i>				
150 mg Kaps.	4 Stk.	-	-	19,70
<i>Frei verschreibbar bei Onychomykosen</i>				
Wegfall der Facharztbeschränkung				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BA02 Ranitidin				
Ranitidin "Accord" 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	12,95
Streichung der 30 Stk.-Packung				
Ranitidin "Accord" 300 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	12,70
Streichung der 10 Stk.-Packung				
A02BC02 Pantoprazol				
Gastrozol 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	1,05
	28 Stk.	-	(2)	2,05
Streichung der 30 Stk.-Packung				
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09CA01 Losartan				
Losartan "MSD" 100 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	2,70
Streichung der 28 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentanyl "1A Pharma" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	13,20
	10 Stk.	-	-	25,05
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	21,00
	10 Stk.	-	-	40,15
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	27,55
	10 Stk.	-	-	52,90
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	33,95
	10 Stk.	-	-	65,30
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				
Fentanyl "Hexal" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	8,10
	10 Stk.	-	-	15,05
25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	13,20
	10 Stk.	-	-	25,05
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	21,00
	10 Stk.	-	-	40,15
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	27,55
	10 Stk.	-	-	52,90
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	33,95
	10 Stk.	-	-	65,30
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA07 Rosuvastatin					
RE1 L6	Crestor 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	40,00
Eine Kostenübernahme ist möglich bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) und/oder wenn mit Crestor 20 mg kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann. Kontraindiziert bei Patienten, die gleichzeitig Fibrate oder Ciclosporin einnehmen, sowie bei Patienten mit prädisponierenden Faktoren für Myopathie/Rhabdomyolyse. (siehe Erlass des BMGF GZ:21.420/104-III/A/6/04)					
Überführung in RE1					
14 Rosuvastatin-Generika zu 40 mg stehen zu einem Packungspreis ab 5,90 EUR im Grünen Bereich des EKO. Die Bewilligung eines identen Präparates zu 40 EUR ist wohl nur schwer argumentierbar.					

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.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar
T3.....in drei dosisgleiche Teile teilbar
IND.....nur in der angegebenen Indikation frei verschreibbar (siehe EKO)
RE1Vorabbewilligung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)
RE2Bei Einhaltung der bestimmten Verwendung lt. Regeltext ersetzt die Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle die Vorabbewilligung (siehe EKO).
L6.....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
SG.....Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
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