

Therapie-Tipps

www.wgkk.at

Im Fokus

Glaukomtherapie: Bimatoprost 0,3 mg/ml – Nachfolgepräparat

Mit September 2019 ist auch für die Augentropfen-Einzeldosenformulierung in der Stärke 0,3 mg/ml ein kostengünstiges Nachfolgepräparat in der Gelben Box (RE2 – Nachfolgende Kontrolle) verfügbar, welches darüber hinaus mit OP 3 rezeptierbar ist.

Insgesamt (alle Stärken und Formulierungen) besteht bei diesem Wirkstoff alleine in Wien ein Einsparpotential von bis zu € 80.400 pro Jahr. Wir ersuchen Sie daher um bevorzugte Verordnung kostengünstiger Nachfolgeprodukte.

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

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

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE10 Everolimus					
Everolimus "ratiopharm" 5 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	374,70	2.129,80 Erstanbieter in RE1

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Everolimus "ratiopharm" 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	725,10	2.716,35 Erstanbieter in RE1
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.					
Everolimus "ratiopharm" ist ein Nachfolgepräparat zu Afinitor, welches im Gelben Bereich mit Vorbewilligungspflicht gelistet ist.					

ROT → **GELB**




Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DX01 Memantin						
RE2	Memantine "Merz" 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen	50 ml	-	(2)	19,50	18,65
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Einsatz der Lsg. nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden. 						
S01 OPHTHALMIKA						
S01EE03 Bimatoprost						
RE2	Bima-Vision sine 300 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	30 Stk.	-	(3)	12,30	11,55
In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel						
Es handelt sich um das erste wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukt zu Lumigan.						

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2019)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B03 ANTIANÄMIKA					
B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen					
RE2	MonoFer 100 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg. (PM)	1 Stk. 5 ml	-	-	134,45
		1 Stk. 10 ml	-	-	238,20
Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2022.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX14 Alirocumab					
RE1	Praluent 75 mg Inj.lsg. in einem Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	410,05
RE1	150 mg Inj.lsg. in einem Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	410,05
<p>Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit</p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und – wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und – wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 100 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. <p>Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen – jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin – zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.</p> <p>Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrenen Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 - 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl erreicht wurde.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT					
R07AX02 Ivacaftor					
RE1 L6	Kalydeco 50 mg Gran. Btl. 	56 Stk.	-	-	15.134,45
RE1 L6	75 mg Gran. Btl. 	56 Stk.	-	-	15.134,45
<p>Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 2 Jahren (kleiner 25 kg), die eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind vor Beginn der Behandlung und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen <ul style="list-style-type: none"> • wenn Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2022.</p>					
RE1 L6	150 mg Filmtabl. 	28 Stk.	-	-	7.579,55
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor 100 mg/150 mg Tabletten bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 12 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G und 3849+10kbC→T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Ivacaftor in Kombination mit Tezacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2022.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1 L6	Kalydeco 150 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	-	-	15.134,45
<p>Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren (größer gleich 25 kg), die eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R, sowie ab 18 Jahren bei Vorliegen einer R117H-Mutation. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle drei Monate zu kontrollieren. - Schweiß-Chlorid-Level sind vor Beginn der Behandlung und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • sich das FEV1 (%) absolut um mindestens 5 % verbessert und • Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2022.</p>					
R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor					
RE1 L6	Orkambi 100 mg/125 mg Gran. im Beutel (PM)	56 Stk.	-	-	11.021,45
RE1 L6	150 mg/188 mg Gran. im Beutel (PM)	56 Stk.	-	-	11.021,45
<p>Bei PatientInnen von 2 - 5 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot sind für die F508del-Mutation im CFTR-Gen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf, Körpergewicht und BMI sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.8.2021.</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R07AX31 Ivacaftor und Tezacaftor				
RE1	Symkevi 100 mg/150 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 150 mg Tabletten 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 12 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G und 3849+10kbC→T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Tezacaftor/Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2022.</p>				


Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amlodipin "Mylan" 5 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	01.09.2019
Amlodipin "Mylan" 10 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	01.09.2019
Aricept Eves 5 mg Schmelztabl.	7 Stk. 28 Stk.	N06DA02	01.09.2019
Azithromycin "Krka" 500 mg Filmtabl.	3 Stk.	J01FA10	01.09.2019
Climen Drag.	21 Stk.	G03HB01	01.09.2019
Desquaman medizinisches Shampoo	100 ml	D11AX12	01.09.2019
Dusodril retard 100 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C04AX21	01.09.2019
Enalapril/Lercanidipin "Actavis" 10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09BB02	01.09.2019
Josalid 250 mg/5 ml Saft f. Kind.	80 ml	J01FA07	01.09.2019
Josalid 375 mg/5 ml Saft f. Kind.	80 ml	J01FA07	01.09.2019
Lovastatin "Hexal" 20 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA02	01.09.2019
Padviram 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR06	01.09.2019
Pentiro 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BA03	01.09.2019
Pentiro 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BA03	01.09.2019
Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.09.2019
Rosuvastatin "Actavis" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.09.2019
Syscor 5 mg Filmtabl	28 Stk.	C08CA07	01.09.2019
Tensan retard 8 mg Kaps.	30 Stk.	C08CA10	01.09.2019

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Übernahme vom Gelben Bereich):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB02 Infliximab				
Remsima 100 mg Plv. für ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	190,95
	2 Stk.	-	-	362,95
	3 Stk.	-	-	523,40
<p>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). 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.</p>				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AG01 Nevirapin				
RE2 Viramune 400 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	155,85
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Anpassung der bestimmten Verwendung an jene von Nevirapin "Mylan" 400 mg Retardtabletten. Dieses hat einen KVP von 120,10 €.</p>				
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01XE42 Ribociclib				
RE1 Kisqali 200 mg Filmtabl. 	21 Stk.	-	-	942,10
	42 Stk.	-	-	1.859,55
	63 Stk.	-	-	2.777,00
<p>Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs</p> <ul style="list-style-type: none"> – als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant – als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. <p>Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung.</p> <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n gynäkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2022.</p> <p>Indikationserweiterung um die Zweitlinientherapie.</p>				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC02 Pantoprazol				
Gastrozol 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	1,05
	14 Stk.	-	-	2,05
	28 Stk.	-	-	4,15
Streichung der 30 Stk.-Pkg.				
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX16 Pregabalin				
Pregabalin "Accord" 200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	7,95
Streichung der 90 Stk.-Pkg.				
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer				
Pentiro 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	50,70
Pentiro 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	50,70
Jeweils Streichung der 30 Stk.-Pkg.				

Abkürzungsverzeichnis

T Teilbarkeit

OP Originalpackungen

KVP ... Kasserverkaufspreis 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

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 Langzeitbeurteilung für 6 Monate möglich

PM Arzneispezialitäten, 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