



THERAPIE Tipps

Informationen für Vertragspartner/innen

Im Fokus

Tropium – Nachfolger in der Grünen Box

Mit Jänner 2020 steht erstmals ein Nachfolgepräparat mit dem Wirkstoff Tropium frei verschreibbar im Grünen Bereich des Erstattungskodex zur Verfügung.

Für den Wirkstoff Tropium besteht alleine in Wien ein Kostenreduktionspotenzial von bis zu € 506.000 pro Jahr. Wir ersuchen daher um bevorzugte Verordnung eines kostengünstigen Nachfolgers.

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

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2020

Informationsstand Jänner 2020

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BG03 Pioglitazon					
Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	9,55	0,19
<i>IND: wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird</i>					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2020)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
G04 UROLOGIKA					
G04BD08 Solifenacin					
Solifenacin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	3,90	7,65**
	30 Stk.	-	(3)	11,35	21,45**
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(3)	11,35	24,95**
Solifenacin "Aristo" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Vesicare und alle Generika haben einen Preisvorteil gegenüber dem Erstanbieter.					
G04BD09 Trospium					
Trospium "Aristo" 15 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	3,65	4,72
	90 Stk.	-	(3)	10,70	8,11
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	5,50	6,58
	60 Stk.	-	(3)	10,70	11,78
30 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	-	2,45	6,70
	30 Stk.	T2	(3)	7,30	10,83
Trospium ist das mit großem Abstand meist verordnete Anticholinergikum zur symptomatischen Behandlung einer Detrusor-Instabilität oder Detrusor-Hyperreflexie mit Symptomen von Pollakisurie, erhöhtem Harndrang oder Harninkontinenz. Trospium "Aristo" ist das erste Nachfolgepräparat zu Inkontan und Spasmolyt.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AD02 Tacrolimus					
Tacforius 0,5 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	(3)	21,90	23,85
1 mg Hartkaps., retardiert	60 Stk.	-	(3)	69,45	56,25
3 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	(3)	76,80	142,00 Erstanbieter nicht im EKO
5 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	(3)	107,75	142,35
IND: nach Organtransplantationen					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2020)

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

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib				
Rosamib 5 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	13,90
10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	13,90
20 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	13,90
Rosamib ist die erste Fixkombination von Rosuvastatin und Ezetimib im EKO. Damit vereinfacht sich das Therapiekonzept bei jenen Patientinnen und Patienten, für die ein besonders niedriger Cholesterinwert angestrebt wird.				
L02 ENDOKRINE THERAPIE				
L02BA03 Fulvestrant				
Faslodex 250 mg Inj.lsg. PM	2 Stk.	-	-	564,95
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.</i>				
Faslodex ist in Österreich bereits seit 2004 verfügbar.				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Biosimilars in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE						
H05AA02 Teriparatid						
RE1 L6	Terrosa 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	1 Stk. (Patrone)	-	-	247,25	150,40
		1 Pkg. (Patr.+Pen)	-	-	247,25	150,40
PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.						
Terrosa ist das erste Nachfolgepräparat zu Forsteo.						

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2020)

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AE10 Darunavir						
RE2	Darunavir "Stada" 800 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	176,05	168,10
<p>In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten PatientInnen ab 3 Jahren (größer gleich 40 kg) bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – antiretroviral nicht vorbehandelten PatientInnen – antiretroviral vorbehandelten PatientInnen, wenn diese keine Darunavir-Resistenz-assoziierte Mutationen aufweisen, und eine Viruslast von kleiner als 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml sowie eine CD4-Zellzahl von größer gleich 100 Mio. Zellen/l vorliegt. <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Darunavir "Stada" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Prezista.</p>						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE44 Lorlatinib					
RE1	Lorviqua 25 mg Filmtabl. 	90 Stk.	-	-	4.921,45
RE1	100 mg Filmtabl. 	30 Stk.	-	-	4.921,45
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC)</p> <ul style="list-style-type: none"> – nach Vorbehandlung mit mindestens einem ALK-Inhibitor <p>Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2022.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Decapeptyl 0,1 mg Fertigspr.	7 Stk. 28 Stk.	L02AE04	01.01.2020
Dolgit 400 mg Drag.	30 Stk. 50 Stk.	M01AE01	01.01.2020
Dolgit 600 mg Drag.	30 Stk. 50 Stk.	M01AE01	01.01.2020

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2020)

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Ivabradin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	C01EB17	01.01.2020
Ivabradin "1A Pharma" 7,5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	C01EB17	01.01.2020
Ivabradin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	C01EB17	01.01.2020
Ivabradin "Sandoz" 7,5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	C01EB17	01.01.2020
Mondeal 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	N05CF02	01.01.2020
Nifedipin "Stada" retard 20 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C08CA05	01.01.2020

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB01 Etanercept				
Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigpen PM	4 Stk.	-	-	611,70
50 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM	4 Stk.	-	-	611,70
<p><i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.</i></p>				
L04AB02 Infliximab				
Inflectra 100 mg Plv. f. ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	179,05
	2 Stk.	-	-	340,25
	3 Stk.	-	-	492,20
<p><i>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 Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.</i></p>				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01MA14 Moxifloxacin				
Avelox 400 mg Filmtabl.	7 Stk.	-	-	12,20
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern				
Streichung der 5 Stk.-Pkg.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentanyl "Genericon" 75 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	-	27,55
	10 Stk.	-	-	52,25
100 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	-	33,55
	10 Stk.	-	-	64,55
SG				
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				
N03 ANTIPILEPTIKA				
N03AX16 Pregabalin				
Pregabalin "Accord" 200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	7,55
	90 Stk.	-	-	29,90
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 90 Stk.				
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BA02 Levodopa und Decarboxylasehemmer				
Sinemet 25 mg/100 mg Tabl.	100 Stk.	T2	-	17,15
25 mg/250 mg Tabl.	100 Stk.	T2	-	28,75
Austausch der 98 Stk.-Pkg. auf eine 100 Stk.-Pkg.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AP57 Glecaprevir und Pibrentasvir					
RE1	Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. PM	84 Stk.	-	-	12.622,55
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapie-naiv, Genotyp 1,2,4,5,6: ohne Zirrhose und mit kompensierter Zirrhose für 8 Wochen. - Therapie-naiv, Genotyp 3: ohne Zirrhose für 8 Wochen, mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen. - Therapie-erfahren (nach Versagen von Peginterferon plus Ribavirin mit oder ohne Sofosbuvir oder nach Versagen von Ribavirin plus Sofosbuvir), Genotyp 1,2,4,5,6: ohne Zirrhose für 8 Wochen, mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen. - Therapie-erfahren (nach Versagen von Peginterferon plus Ribavirin mit oder ohne Sofosbuvir oder nach Versagen von Ribavirin plus Sofosbuvir), Genotyp 3: ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 16 Wochen. <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen und HepatologInnen oder InfektiologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2021.</p>					
Bei Maviret kam es zu Änderungen bei der Therapiedauer.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE35 Osimertinib					
RE1	Tagrisso 40 mg Filmtabl. PM	30 Stk.	-	-	6.258,65
RE1	80 mg Filmtabl. PM	30 Stk.	-	-	6.258,65
<p>Bei lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nichtkleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Erstlinientherapie von erwachsenen PatientInnen mit aktivierenden Mutationen des epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptors (Epidermal Growth Factor Receptor, EGFR). Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-Tyrosinkinase mit einer validierten Testmethode. - zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit einer positiven T790M-Mutation des EGFR, bei denen eine Therapie mit einem der folgenden EGFR-Tyrosinkinasehemmer (Gefitinib, Erlotinib, Afatinib) versagt hat. Nachweis des EGFR-T790M-Mutationsstatus mit einer validierten Testmethode. <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine onkologisch spezialisierten/spezialisierte Facharzt/Fachärztin.</p>					
Erweiterung um die Erstlinientherapie.					

Abkürzungsverzeichnis

(3).....drei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden

PM.....Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

IND.....Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des EKO aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss von der verordnenden Ärztin/vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.

KVP.....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer

L6.....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich

OP.....Höchstanzahl Packungen je Verordnung

RE1.....Die Arzneispezialitäten dürfen erst nach Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden. Für die Erteilung der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes sind die angegebenen bestimmten Voraussetzungen maßgeblich.

RE2.....Bei diesen Arzneispezialitäten kann die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendungen ersetzt werden, wenn die angegebenen bestimmten Verwendungen vorliegen und eine den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.

SG.....Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.

T.....Teilbarkeit

T2.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesundheitskasse, Haidingergasse 1, 1030 Wien.

www.gesundheitskasse.at/impressum

Kontakt: ÖGK, Medizinische Behandlungsökonomie

Telefon: 05 0766-112597

E-Mail: office.mboe@oegk.at

Die Veröffentlichung des Fach- und Informationsblattes erfolgt in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien.