



THERAPIE Tipps

Informationen für Vertragspartner/innen

Im Fokus

Eletriptan – Nachfolger in der Grünen Box

Mit Februar 2020 steht erstmals ein Nachfolgepräparat mit dem Wirkstoff Eletriptan in der Wirkstoffstärke 40 mg unter den im Erstattungskodex (EKO) angegebenen Voraussetzungen frei verschreibbar im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung, das zu 2 und 6 Stück sowie in einer zusätzlichen Packungsgröße zu 10 Stück rezeptiert werden kann.

Für den Wirkstoff Eletriptan besteht alleine in Wien ein Kostenreduktionspotenzial von bis zu € 242.000 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 Februar 2020

Informationsstand Februar 2020

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
N02 ANALGETIKA					
N02CC06 Eletriptan					
Elestop 40 mg Filmtabl.	2 Stk.	-	(2)	5,85	5,80

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
Eletop 40 mg Filmtabl.	6 Stk.	-	-	16,85	16,25 Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	10 Stk.	-	-	16,85	
IND: Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin					
Eletop ist das erste Nachfolgepräparat zu Relpax mit einem Preisvorteil von ca. 50 % und einer zusätzlichen Packungsgröße.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09BX03 Ramipril, Amlodipin und Hydrochlorothiazid				
Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	8,25
5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	8,25
10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	8,25
10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	8,25
Für die „Polypill“ mit den Wirkstoffen Ramipril, Amlodipin und HCT und individuellen Wirkstärkenkombinationen gilt: • einfache Einnahme • weniger Rezeptgebühren für Patientinnen und Patienten • bessere Compliance • Wirtschaftlichkeit für SV-Träger				
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib				
Ezerosu 10 mg/5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	12,70
10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	12,70
10 mg/20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	12,70
10 mg/40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	12,70
Ezerosu ist nach Rosamib ein weiteres Kombinationspräparat von Ezetimib und Rosuvastatin und bietet in der Dosierung von 10 mg/40 mg eine zusätzliche Wirkstoffstärke.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02CD02 Galcanezumab				
Emgality 120 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	-	-	486,25
IND: Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können. Die Migräneprophylaxe mit Galcanezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Galcanezumab) fortzuführen. Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Galcanezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle. Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie. Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet am 31.12.2022.				
Eine empfehlenswerte Übersichtsarbeit zu den bisherigen Therapiemöglichkeiten und der neuen Substanzgruppe der CGRP-Antagonisten finden Sie unter https://www.orpdl.org/durm/newsletter/osdr_articles/volume9/osdr_v9_i9.pdf (Zugang am 8.1.2020): CGRP Antagonists in Migraine Prophylaxis, The Oregon State Drug Review No. 9, Dec 2019.				
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX14 Levetiracetam				
Levebon 1500 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	19,95
	60 Stk.	T2	-	38,95
N				
Levetiracetam "ratiopharm" 1500 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	19,95
	60 Stk.	T2	-	38,95
N				
Mit der zusätzlichen Wirkstärke bei Levebon und Levetiracetam "ratiopharm" ist auch die zugelassene Maximaldosierung von 2 x 1500 mg mit geringerer Tablettenanzahl möglich.				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE						
H05AA02 Teriparatid						
RE1	Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	1 Stk. 2,4 ml Patr.	-	-	217,95	179,70
L6		1 Stk. 2,4 ml Patr.+ Pen	-	-	217,95	179,70
PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre wählender, 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.						
Movymia ist nach Terrosa das zweite Nachfolgepräparat zu Forsteo.						
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AE08 Atazanavir						
RE2	Atazanavir "Krka" 300 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	228,35	236,75
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Atazanavir "Krka" ist das erste Nachfolgepräparat zu Reyataz.						

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC21 Treprostinil					
RE1	Trisuva 1 mg/ml Inf.lsg.	10 ml	-	-	940,10
RE1	2,5 mg/ml Inf.lsg.	10 ml	-	-	2.056,00
RE1	5 mg/ml Inf.lsg.	10 ml	-	-	3.727,40
RE1	10 mg/ml Inf.lsg.	10 ml	-	-	7.505,00
Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der infrage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert. Treprostinil steht nun im Gelben Bereich des EKO zur Verfügung und ist wesentlich günstiger als Remodulin.					
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03BA03 Testosteron					
RE1	Testavan 20 mg/g transdermales Gel	56 Hb.	-	-	43,90
Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei – Klinefelter Syndrom – Zustand nach bilateraler Orchiectomie oder Trauma – kongenitalem Anorchismus Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich. Keine Kostenübernahme bei PADAM (partiell Androgendefizit des alternden Mannes). Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakarzinoms und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE27 Ibrutinib					
RE1	Imbruvica 140 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	1.719,70
RE1	280 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	3.414,70
RE1	420 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	5.109,70
RE1	560 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	6.804,70
Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen - mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) - die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder - die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. - mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind - mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL) - mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW) Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämatoonkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.1.2025. Die laut Zulassung erforderliche Dosierung kann mit den neuen Wirkstärken mit einer Einmaldosierung umgesetzt werden.					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB05 Apalutamid					
RE1	Erleada 60 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	-	(2)	2.990,95
Bei erwachsenen Männern in Kombination mit einem GnRH-Analogon zur Behandlung des nicht metastasierten kastrationsresistenten Hochrisiko Prostatakarzinoms, - ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und bei - einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner gleich 10 Monate und - einer PSA-Progression und - Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und - einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) 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 kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Calmurid Salbe	50 g	D02AE51	20.12.2019
Clarithromycin "Arcana" 500 mg Filmtabl.	7 Stk. 14 Stk.	J01FA09	01.02.2020

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Duloxetin "Mylan" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk. 28 Stk.	N06AX21	01.02.2020
Ebixa 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen	50 ml	N06DX01	01.02.2020
Escitalopram "Arcana" 10 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB10	01.02.2020
Gliclazid "Arcana" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk. 120 Stk.	A10BB09	01.02.2020
Klacid 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	J01FA09	01.02.2020
Oxybutynin "Erwo" 5 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	G04BD04	07.01.2020
Ramipril "Interpharm" 2,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA05	23.12.2019
Ramipril "Interpharm" 5 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA05	23.12.2019
Ramipril "Interpharm" 10 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA05	23.12.2019
Ramipril/HCT "Interpharm" 5 mg/25 mg Tabl.	28 Stk.	C09BA05	20.12.2019
Seroquel XR 50 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH04	01.02.2020

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC03 Lansoprazol				
Lansoprazol "Arcana" 30 mg Kaps.	28 Stk.	-	-	11,50
Streichung der 14 Stk.-Pkg.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AE04 Ziprasidon				
Ziprasidon "Pfizer" 60 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	28,80
	60 Stk.	-	(2)	59,85
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				
N05AH03 Olanzapin				
Zalasta 5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	27,00
Streichung der 14 Stk.-Pkg.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05AH04 Quetiapin				
Quetiapin "Bluefish" 200 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,25
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
Quetiapin "Bluefish" 300 mg Retardtabl.	60 Stk.	-	-	23,60
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
Quetiapin "Bluefish" 400 mg Retardtabl.	60 Stk.	-	-	28,55
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA04 Galantamin					
RE2 L6	Galantamin "Krka" 16 mg Retardkaps.	30 Stk.	-	(2)	39,60
– 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 Galantamin "Krka" ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. – Galantamin "Krka" darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. – Galantamin "Krka" eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Streichung der 14 Stk.-Pkg.					

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (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
- N**.....Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie
- 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.
- 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.