



THERAPIE Tipps

Informationen für Vertragspartner/innen

Im Fokus

Imbruvica Hartkapseln – Streichung aus dem Erstattungskodex

Mit Mai 2020 werden Imbruvica 140 mg Hartkapseln zu 90 und 120 Stück (Wirkstoff Ibrutinib) aus dem Erstattungskodex (EKO) gestrichen.

Als Alternativen stehen weiterhin Imbruvica Filmtabletten in den Wirkstoffstärken 140 mg, 280 mg, 420 mg und 560 mg im Gelben Bereich des EKO zur Verfügung. Eine Kostenübernahme kann nach Vorabbeurteilung durch den chef(kontroll)ärztlichen Dienst erfolgen.

Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool (www.erstattungskodex.at) oder die App Eko2go.

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Mai 2020

Informationsstand Mai 2020

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|---|--------|---|----|-------|-------------------------------------|
| Ao4 ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT | | | | | |
| Ao4AD12 Aprepitant | | | | | |
| Aprepitant "Accord" 80 mg Hartkaps. | 2 Stk. | - | - | 19,60 | 20,00 |
| Aprepitant "Accord" ist nach Aprepitant "ratiopharm" und Aprepitant "Sandoz" das dritte Generikum zu Emend. | | | | | |

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

Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|--|--------|---|----|--------|-------------------------------------|
| L03 IMMUNSTIMULANZIEN | | | | | |
| L03AA13 Pegfilgrastim | | | | | |
| Grasustek 6 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 1 Stk. | – | – | 432,35 | 47,30 |
| Jede dritte Verordnung eines Pegfilgrastim-Präparates war im 1. Quartal 2020 ein Biosimilar. Grasustek hat einen Preis, der wiederum eine relevante Stufe niedriger liegt. | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|-------------------|--------|----------|--------------|
| B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN | | | | |
| B05BB01 Elektrolyte | | | | |
| Ringer-Lactat nach Hartmann "Medipharm" Plastikinf.fl. 500 ml | 1 Stk. 10 Stk. | – – | (2) – | 1,60 8,80 |
| Erstmals ist bei einer Ringer-Lactat-Lösung die Packungsgröße zu 10 Stück im Grünen Bereich. | | | | |
| C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN | | | | |
| C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib | | | | |
| Arosuva plus Ezetimib 5 mg/10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | – | (3) | 11,45 |
| 10 mg/10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | – | (3) | 11,45 |
| 20 mg/10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | – | (3) | 11,45 |
| 40 mg/10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | – | (3) | 11,45 |
| Seit der Aufnahme von Rosamib in den Grünen Bereich per 1.1.2020 und Ezerosu per 1.2.2020 wurden bereits über 10.000 Packungen im 1. Quartal mit den SV-Trägern abgerechnet. Mit den Fixkombinationen von Rosuvastatin und Ezetimib (Rosamib, Ezerosu und nunmehr Arosuva plus Ezetimib) kann eine deutliche Senkung des LDL-Cholesterins erzielt werden. Zusätzlich stellen sie kostengünstige Alternativen zu Fixkombinationen mit Atorvastatin und Ezetimib dar. | | | | |

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

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---------|---|-----|--------|
| V01 ALLERGENE | | | | |
| V01AA10 Blüten | | | | |
| Ragwizax 12 SQ-Amb Lyophilisat zum Einnehmen (PM) | 30 Stk. | – | (2) | 226,90 |
| ADL | | | | |
| <p>Ragwizax hat die Zulassung für die spezifische Therapie der Ambrosiapollen-Allergie = Ragweed-Allergie. In der ersten Ambrosiapollen-Saison ist eine klinische Wirkung zu erwarten, wenn die Behandlung mindestens 12 Wochen vor dem erwarteten Beginn der Ambrosiapollen-Saison begonnen und während der gesamten Saison fortgesetzt wird. Diese beginnt ca. Mitte August und endet im Oktober. Internationale Behandlungsleitlinien empfehlen eine dreijährige Behandlungsdauer für die Hyposensibilisierung, um eine nachhaltige Verbesserung zu erreichen. Daten zur Wirksamkeit von Ragwizax liegen derzeit nur für eine einjährige Behandlung vor. Wenn im ersten Behandlungsjahr keine Verbesserung der Beschwerden beobachtet wird, ist die Behandlung zu beenden.</p> | | | | |

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|--------|---|----|-----------|
| B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL | | | | |
| B01AC21 Treprostinil | | | | |
| RE1 Remodulin 1 mg/ml Inf.lsg. | 20 ml | – | – | 1.306,30 |
| RE1 2,5 mg/ml Inf.lsg. | 20 ml | – | – | 2.868,55 |
| RE1 5 mg/ml Inf.lsg. | 20 ml | – | – | 5.208,55 |
| RE1 10 mg/ml Inf.lsg. | 20 ml | – | – | 10.497,15 |
| <p>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 Co2KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen. Die Liste der in Frage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah publiziert.</p> | | | | |
| Lo4 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | |
| Lo4AC18 Risankizumab | | | | |
| RE1 Skyrizi 75 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) | 2 Stk. | – | – | 3.141,65 |
| <p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA.</p> <p>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>Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|--|--|--------|---|----|---------------|
| Ro3 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN | | | | | |
| Ro3DX09 Mepolizumab | | | | | |
| RE1 L6 | Nucala 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM) | 1 Stk. | – | – | 993,60 |
| RE1 L6 | Fertigspr. (PM) | 1 Stk. | – | – | 993,60 |
| <p>– Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 12 Jahren mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Blut-eosinophilen-Werten von 300 Zellen pro Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden (vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten) <p>– vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</p> <p>– mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Mepolizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Zusätzlich zur Injektionslösung sind jetzt auch die Fertigspritze und der Fertigpen im EKO verfügbar. Diese sind auch zur Selbstapplikation zugelassen. Die EKO-Regel wurde in zwei Punkten adaptiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inklusion der pädiatrischen Patienten ab 12 Jahren – Vorliegen von mindestens vier Behandlungsepisoden mit systemischen Corticosteroiden in den letzten 12 Monaten anstatt einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten | | | | | |

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|--|---------------------|----------|----------------|
| Alendronsäure "ratiopharm" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "ratiopharm" Kautabl. 60 Stk. | 4 Stk. | M05BA04 | 27.03.2020 |
| Clindamycin "Alternova" 300 mg Kaps. | 16 Stk. 24 Stk. | J01FF01 | 20.03.2020 |
| Clindamycin "Stada" 600 mg Hartkaps. | 16 Stk. | J01FF01 | 20.03.2020 |
| Erythrocin 1000 mg Gran. f. orale Susp. | 14 Stk. | J01FA01 | 20.03.2020 |
| Imbruvica 140 mg Hartkaps. | 90 Stk. 120 Stk. | L01XE27 | 01.05.2020 |
| Progynova mite Drag. | 60 Stk. | G03CA03 | 01.05.2020 |

Änderung der Packungsgröße und Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|------------------|---|-----|-------|
| R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN | | | | |
| R03ALo6 Olodaterol und Tiotropiumbromid | | | | |
| Spiolto Respimat 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg. zur Inh. | 60 Hb. | – | – | 46,70 |
| 2,5 mcg/2,5 mcg Lsg. zur Inh. Nachfüllpackung | 1 Stk. 60 Hb. | – | (3) | 46,70 |
| <i>IND: COPD ab GOLD 2 Gruppe B nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i> | | | | |
| Von der Nachfüllpackung sind jetzt auch 3 OP unter den angegebenen Voraussetzungen verschreibbar, OP 2 für die Packung mit Inhalator entfällt. Die Definition des Schweregrads wurde der aktuellen GOLD-Nomenklatur angepasst. | | | | |
| R03BBo4 Tiotropiumbromid | | | | |
| Spiriva Respimat 2,5 mcg Lsg. zur Inh. | 1 Stk. 60 Hb. | – | – | 38,85 |
| 2,5 mcg Lsg. zur Inh. Nachfüllpackung | 1 Stk. 60 Hb. | – | (3) | 38,85 |
| <i>IND: COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i> | | | | |
| Von der Nachfüllpackung sind jetzt auch 3 OP unter den angegebenen Voraussetzungen verschreibbar, OP 2 für die Packung mit Inhalator entfällt. Die Definition des Schweregrads wurde der aktuellen GOLD-Nomenklatur angepasst. | | | | |

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | |
|---|---|-----------------|----|-------|--------|
| H05 CALCIUMHOMÖOSTASE | | | | | |
| H05AAo2 Teriparatid | | | | | |
| RE2 L6 | Forsteo 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg. vorgefüllter Injektor | 1 Stk. 28 ED | – | – | 285,00 |
| 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. | | | | | |
| Die EKO-Regel wurde adaptiert: Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich. Zu Forsteo sind die beiden Biosimilars Movymia und Terrosa mit Preisvorteil verfügbar. | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---|---------|---|----|---------------|
| Jo5 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | | |
| Jo5AE10 Darunavir | | | | | |
| RE2 | Darunavir "Krka" 800 mg Filmtabl. | 30 Stk. | – | – | 176,05 |
| <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-assoziierten 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> | | | | | |
| RE2 | Darunavir "Mylan" 800 mg Filmtabl. | 30 Stk. | – | – | 176,05 |
| <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-assoziierten 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> | | | | | |

Abkürzungsverzeichnis

- (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
- (PM)** Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.
- A Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Lungenkrankheiten
- D Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 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
- L Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- 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 Verwendung 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

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.