



# THERAPIE Tipps

Informationen für Vertragspartner/innen

Im Fokus

## Cinacalcet – weiterer Nachfolger in der Grünen Box

Mit März 2021 steht ein weiteres Nachfolgepräparat mit dem Wirkstoff Cinacalcet im Grünen Bereich des Erstattungskodex (EKO) zur Verfügung. Im Gegensatz zu den Präparaten des Erstanbieters, die im Gelben Bereich des EKO gelistet sind und der nachfolgenden Kontrolle unterliegen (RE2), befinden sich die Nachfolgepräparate im Grünen Bereich und sind unter den im EKO angegebenen Voraussetzungen frei verschreibbar (IND). Auch die Verordnung von zwei Packungen ohne Vorabbeurteilung ist möglich.

Für den Wirkstoff Cinacalcet besteht alleine in Wien ein Kostenreduktionspotenzial von bis zu € 298.000 pro Jahr. Wir ersuchen daher um bevorzugte Verordnung eines kostengünstigen Nachfolgepräparates.

Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool ([www.erstattungskodex.at](http://www.erstattungskodex.at)) oder die App EKO2go.

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2021

Informationsstand März 2021

**ROT** → **GRÜN**

**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09DB01 Valsartan und Amlodipin</b>					
Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	14,09

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2021)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>Amlodipin/Valsartan "+pharma"</b> 5 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	<b>14,14</b>
<b>10 mg/160 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(3)	6,60	<b>14,14</b>
<b>Amlodipin/Valsartan "Genericon"</b> 5 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	<b>14,09</b>
<b>5 mg/160 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(3)	6,60	<b>14,14</b>
<b>10 mg/160 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(3)	6,60	<b>14,14</b>
Die Nachfolgepräparate von Exforge sind deutlich kostengünstiger, ohne „IND“ und 3 OP sind auf einem Rezept frei verschreibbar.					
<b>H05 CALCIUMHOMÖOSTASE</b>					
<b>H05BX01 Cinacalcet</b>					
<b>Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	41,10	<b>126,84</b> Erstanbieter in RE2
<b>60 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	66,45	<b>219,43</b> Erstanbieter in RE2
<b>90 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	87,35	<b>289,47</b> Erstanbieter in RE2
<b>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen</b>					
Cinacalcet "ratiopharm" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Mimpara. Im Unterschied zum dokumentationspflichtigen Originär sind alle Nachfolger mit IND verschreibbar und 2 OP können auf einem Rezept frei verordnet werden.					
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BA03 Fulvestrant</b>					
<b>Fulvestrant "Sandoz" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b>	2 Stk.	-	-	133,85	<b>431,10**</b>
<b>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</b>					
Fulvestrant "Sandoz" ist ein weiteres kostengünstigeres Nachfolgepräparat zu Faslodex, ein Wechsel wird empfohlen.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2021)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>					
<b>N03AD01 Ethosuximid</b>					
Ethosuximid "neuraxpharm" 50 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	250 ml	-	(2)	8,45	<b>7,70</b>
F14					
Ethosuximid "neuraxpharm" Lsg. ist der erste Nachfolger von Petinimid Sirup.					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09BX03 Ramipril, Amlodipin und Hydrochlorothiazid</b>				
Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	<b>7,45</b>
5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	<b>7,45</b>
10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	<b>7,45</b>
10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	<b>7,45</b>

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>					
<b>C02KX02 Ambrisentan</b>					
RE1 L6 Ambrisentan "Accord" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	1.097,65	<b>1.356,15</b>
RE1 L6 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	1.097,65	<b>1.356,15</b>
Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Ambrisentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2021)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE1 L6	<b>Ambrisentan "Sandoz" 5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	1.097,65	<b>1.356,15</b>
RE1 L6	<b>10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	1.097,65	<b>1.356,15</b>
<p>Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Ambrisentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Ambrisentan "Accord" und "Sandoz" sind die ersten Nachfolger von Volibris. Bei einem Preisvorteil von über 15.000 € pro behandelter Person und Therapiejahr ist jeder einzelne Therapiewechsel auf eine generische Alternative relevant. Außerdem ist bei den Nachfolgepräparaten eine Langzeitbewilligung möglich.</p>						
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AF07 Tenofovir disoproxil</b>						
RE2 L6	<b>Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	144,45	<b>2,65</b>
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>- HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist.</li> </ul> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>						

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2021)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>						
<b>N03AX03 Sultiam</b>						
RE2	<b>Sultiam "neuraxpharm" 50 mg Filmtabl.</b>	90 Stk.	-	-	19,85	<b>11,02</b>
RE2	<b>200 mg Filmtabl.</b>	90 Stk.	T4	-	52,40	<b>48,14</b>
Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie						
Sultiam ist das erste Nachfolgepräparat zu Ospolot und deckt mit der 90-Stück-Packung eine deutlich längere Therapiedauer ab.						

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2021)

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07XX08 Tafamidis</b>					
RE1	<b>Vyndaqel 61 mg Weichkaps. (PM)</b>	30 Stk.	-	-	<b>13.006,95</b>
<p>– Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis III mit mindestens einer vorangegangenen Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und/oder klinisch relevanten Episode einer symptomatischen Herzinsuffizienz mit Dokumentation erhöhter NT-proBNP-Werte.</p> <p>– Verifizierung der Diagnose durch positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3) in Kombination mit amyloidosetypischem Befund in der kardialen MRT sowie Ausschluss monoklonaler freier Leichtketten in Serum und Urin mittels Serum- und Urin-Immunofixationselektrophorese. Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes (Perugini Grad 1) oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose (Nachweis freier Leichtketten in Serum und Urin) oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen MRT sind eine Myokardbiopsie und der histologische Nachweis von ATTR notwendig.</p> <p>– Eine Genotypisierung des Transthyretins mittels validierter Testmethode zur Charakterisierung als Wildtyp oder hereditär wird empfohlen.</p> <p>– Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, 6-Minuten-Gehtest, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmäßig während der Behandlung mit Tafamidis (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie und ggf. kardialen MRT (zumindest alle 12 Monate).</p> <p>– Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• substanzieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER</li> <li>• NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten.</li> </ul> <p>– Der Patient/die Patientin ist vor Behandlungsbeginn über den Inhalt dieses EKO-Verwendungstextes nachweislich aufzuklären.</p> <p>– Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.</p> <p>– Hinweis: In der Zulassungsstudie zeigte sich ein Vorteil bei der Mortalität nach einer Behandlungsdauer mit Tafamidis von rund 18 Monaten. Es ist sinnvoll, auf gravierende Komorbiditäten und die Gesamtprognose bei der Indikationsstellung Bedacht zu nehmen.</p> <p>– Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum.</p> <p>– Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM">http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM</a> publiziert.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2026.</p>					

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Apo-go 10 mg/ml Inj.-/Inf.lsg. Amp.</b>	50 Stk.	N04BC07	01.03.2021
<b>Aripiprazol "Accord Healthcare" 15 mg Tabl.</b>	14 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.03.2021

<b>Präparat</b>	<b>Menge</b>	<b>ATC-Code</b>	<b>Streichung mit</b>
<b>Aripiprazol "Accord Healthcare" 30 mg Tabl.</b>	14 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.03.2021
<b>Atorvastatin "HCS" 20 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C10AA05	01.03.2021
<b>Atorvastatin "HCS" 40 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C10AA05	01.03.2021
<b>Azithromycin "Arcana" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b>	15 ml 30 ml	J01FA10	01.03.2021
<b>Bezafibrat "ratiopharm" retard 400 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C10AB02	01.03.2021
<b>Bicalutamid "1A Pharma" 150 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	L02BB03	01.03.2021
<b>Bicalutamid "Sandoz" 150 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	L02BB03	01.03.2021
<b>Bisoprolol/HCT "Sandoz" 5 mg/12,5 mg Filmtabl.</b>	20 Stk. 30 Stk.	C07BB07	01.03.2021
<b>Buprenocan 35 mcg/h transdermales Pflaster</b>	8 Stk.	N02AE01	01.03.2021
<b>Buprenorphin "1A Pharma" 35 mcg/h transdermales Pflaster</b>	4 Stk. 8 Stk.	N02AE01	01.03.2021
<b>Buprenorphin "1A Pharma" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster</b>	4 Stk. 8 Stk.	N02AE01	01.03.2021
<b>Buprenorphin "1A Pharma" 70 mcg/h transdermales Pflaster</b>	8 Stk.	N02AE01	01.03.2021
<b>Cefuroxim "Hexal" 250 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	J01DC02	01.03.2021
<b>Citalopram "Arcana" 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.03.2021
<b>Citalopram "Arcana" 20 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.03.2021
<b>Citalopram "Arcana" 40 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.03.2021
<b>Diabetalan 30 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BG03	01.03.2021
<b>Diabetormin 1000 mg Filmtabl.</b>	20 Stk. 60 Stk.	A10BA02	01.03.2021
<b>Enalapril/Lercanidipin "Stada" 10 mg/10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C09BB02	01.03.2021
<b>Enalapril/Lercanidipin "Stada" 20 mg/10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C09BB02	01.03.2021
<b>Escitalopram "Hexal" 5 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	N06AB10	01.03.2021
<b>Farlutal Depot 500 mg Stechamp.</b>	3 Stk.	L02AB02	01.03.2021
<b>Fentanyl "Sandoz" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.03.2021

<b>Präparat</b>	<b>Menge</b>	<b>ATC-Code</b>	<b>Streichung mit</b>
<b>Fentanyl "Sandoz" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster</b>	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.03.2021
<b>Glimepirid "Sandoz" 2 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BB12	01.03.2021
<b>Hydromorphon "Hexal" 4 mg Retardtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	N02AA03	01.03.2021
<b>Inegy 10 mg/10 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C10BA02	01.03.2021
<b>Lactulose "Hexal" 670 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	200 ml	A06AD11	01.03.2021
<b>Lansohexal 30 mg Hartkaps.</b>	28 Stk.	A02BC03	01.03.2021
<b>Meloxicam "G.L." 7,5 mg Tabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	M01AC06	01.03.2021
<b>Octagam 100 mg/ml Inf.lsg.</b>	1 Stk. <i>2 g/20 ml</i> 1 Stk. <i>5 g/50 ml</i> 1 Stk. <i>10 g/100 ml</i> 1 Stk. <i>20 g/200 ml</i>	J06BA02	01.03.2021
<b>Octagam 5 % Inf.lsg.</b>	1 Stk. <i>1 g/20 ml</i> 1 Stk. <i>2,5 g/50 ml</i> 1 Stk. <i>5 g/100 ml</i> 1 Stk. <i>10 g/200 ml</i>	J06BA02	01.03.2021
<b>Olanzapin "Sandoz" 10 mg Schmelztabl.</b>	28 Stk.	N05AH03	01.03.2021
<b>Olanzapin "Sandoz" 15 mg Schmelztabl.</b>	7 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.03.2021
<b>Omeprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Kaps.</b>	30 Stk.	A02BC01	01.03.2021
<b>Optiray 300 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. Fertigspr. 50 ml</b>	1 Stk.	V08AB07	01.03.2021
<b>Pregabalin "Mylan" 25 mg Hartkaps.</b>	14 Stk. 56 Stk.	N03AX16	01.03.2021
<b>Pregabalin "Mylan" 50 mg Hartkaps.</b>	21 Stk. 84 Stk.	N03AX16	01.03.2021
<b>Pregabalin "Mylan" 75 mg Hartkaps.</b>	14 Stk. 56 Stk.	N03AX16	01.03.2021
<b>Pregabalin "Mylan" 100 mg Hartkaps.</b>	21 Stk. 84 Stk.	N03AX16	01.03.2021

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Pregabalin "Mylan" 150 mg Hartkaps.	14 Stk. 56 Stk.	N03AX16	01.03.2021
Pregabalin "Mylan" 200 mg Hartkaps.	21 Stk. 84 Stk.	N03AX16	01.03.2021
Pregabalin "Mylan" 300 mg Hartkaps.	14 Stk. 56 Stk.	N03AX16	01.03.2021
Rabeprazol "Krka" 20 mg magensaftresistente Tabl.	10 Stk.	A02BC04	01.03.2021
Ranitidin "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BA02	01.03.2021
Ranitidin "ratiopharm" 300 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	A02BA02	01.03.2021
Tirizin 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AE07	01.03.2021

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>				
<b>B01AC22 Prasugrel</b>				
Prasulan 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	<b>18,20</b>
<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>				
Streichung der 10 Stk.-Packung				
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>				
<b>N04BC06 Cabergolin</b>				
Cabaseril 2 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	<b>62,75</b>
Streichung der 15 Stk.-Packung				

## Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DA02 Donepezil</b>					
RE2 L6	<b>Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Schmelztabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	<b>6,35</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
Streichung der 30 Stk.-Packung					

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01EC03 Encorafenib</b>					
RE1	<b>Braftovi 75 mg Hartkaps.</b>	42 Stk.	-	-	<b>1.070,65</b>
		168 Stk.	-	-	<b>4.208,65</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom in Kombination mit Binimetinib. 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.</li> <li>- Bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem metastasiertem Kolorektalkarzinom in Kombination mit Cetuximab nach Versagen einer systemischen Therapie.</li> </ul> <p>Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (Kolorektalkarzinom) 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 onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L01ED04 Brigatinib</b>					
RE1	<b>Alunbrig 30 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>1.053,30</b>
RE1	<b>90 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>3.110,50</b>
RE1	<b>180 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>4.139,10</b>
RE1	<b>90 mg + 180 mg Filmtabl. Starterpackung</b>	28 Stk.	-	-	<b>4.139,10</b>
<p>Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden</li> <li>- als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor.</li> </ul> <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 OnkologInnen.</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.
- F14.....Die Arzneispezialität ist nur für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 14. Lebensjahr in den Grünen Bereich des Erstattungskodex aufgenommen.
- 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 Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- T.....Teilbarkeit
- T2.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar
- T4.....in vier dosisgleiche Teile teilbar

### Impressum

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

[www.gesundheitskasse.at/impressum](http://www.gesundheitskasse.at/impressum)

Kontakt: ÖGK, Medizinische Behandlungsökonomie

Telefon: 05 0766-112597

E-Mail: [office.mboe@oegk.at](mailto:office.mboe@oegk.at)

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