

Nr. 37 – PERSCLERAN® 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. (Glatirameracetat)

Seit 1. Dezember 2018 steht zur Basistherapie der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose das Nachfolgepräparat Perscleran® (Glatirameracetat) auch in der höheren Wirkstoffstärke zu **40 mg zur 3-mal wöchentlichen Applikation im dokumentationspflichtigen (RE2)-Bereich** des Erstattungskodex (EKO) zur Verfügung.

Perscleran® unterliegt – bei Einhaltung der bestimmten Verwendung – der Dokumentation und der nachfolgenden Kontrolle.

Regelkonforme Anwendung – Dokumentation:

- Bei schubförmiger Multipler Sklerose
- Kriterien bei Einstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5
- Diagnosestellung, Therapieeinstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum

In Österreich wurden im Jahr 2017 rund 2.200 Patienten mit Glatirameracetat behandelt, etwa zwei Drittel verwendeten die 40 mg-Wirkstoffstärke.¹ Folgende Präparate sind derzeit verfügbar:

Präparat	Menge	Box	Kass	KVP €
Perscleran® 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	30 St	Y	RE2	390,35
Copaxone® 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	28 St	Y	RE1	555,60
Perscleran® 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	12 St	Y	RE2	266,10
Copaxone® 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. [PM] ²	12 St	Y	RE2	770,90

In beiden Wirkstoffstärken weist Perscleran® gegenüber dem Erstanbieter einen erheblichen Preisvorteil auf. Das **jährliche Kostenreduktionspotential** bei Ersatz des Erstanbieters in beiden Stärken durch den kostengünstigsten Nachfolger liegt **österreichweit im Millionenbereich**.

Entsprechend den **Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise** von Heilmitteln (RöV) ersuchen wir Sie, besonders durch Neueinstellungen und gegebenenfalls auch durch Umstellungen auf Perscleran® dazu beizutragen, dass diese erheblichen Einsparungen in der Praxis erreicht werden können.

Nicht regelkonform – Vorlage beim chef- und kontrollärztlichen Dienst³:

Trifft die EKO-Regel nicht im vollen Umfang zu, kann keine Dokumentation erfolgen.

Um dem chef- und kontrollärztlichen Dienst die Entscheidung über eine eventuelle Kostenübernahme im Einzelfall zu ermöglichen, **kennzeichnen Sie bitte das ABS-Bewilligungsansuchen eindeutig** (z. B. **nicht regelkonform**, weil der Regelbestandteil nicht zutrifft) und führen Sie eine entsprechende medizinische Einzelfallbegründung an.

¹ Datenquelle: maschinelle Heilmittelabrechnung; Verordnungen 2017

² Für Copaxone® 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr. liegt eine Vereinbarung über ein Preismodell [PM] mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vor.

³ Außer bei jenen Krankenversicherungsträgern, die eine Zielvereinbarung mit den VertragsärztInnen abgeschlossen haben, wie z. B. die OÖ Gebietskrankenkasse