Newsletter Verordnung

Information der Krankenkassen/-verbände und der KVSH nach §73 Abs.8 SGB V

Imatinib-Generika

Bad Segeberg, 8. Mai 2017

Seit Dezember 2016 ist der Wirkstoff Imatinib (Glivec®) als Generikum erhältlich. Imatinib-Generika sind u. a. für die Behandlung der Philadelphia-Chromosomen-positiven chronischen myeloischen Leukämie (Ph+ CML) und akuten lymphatischen Leukämie (Ph+ ALL) zugelassen.

Für die Behandlung der gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) besteht weiterhin ein Patentschutz für Glivec®. Ein Austausch von Glivec® kann nur für die Therapie in den zugelassenen Indikationen der Imatinib-Generika* erfolgen. Beachten Sie bitte auch mögliche Informationen der jeweiligen Krankenkassen hierzu.

In 2016 betrug das Verordnungsvolumen für Imatinib in Schleswig-Holstein ca. 8,5 Millionen Euro. Damit ergibt sich durch die Verordnung von Generika ein deutliches Einsparpotenzial.

Beispiel Imatinib 400mg mit 90 Filmtabletten. Vergleich der vier preisgünstigsten Imatinib-Generika mit dem Original-Präparat Glivec®.

Präparat	PZN	Darreichungsform	Abrechnungspreis
Imatinib Koanaa 400mg	12651582	Filmtablette	2.350,00 €
Imatinib Denk 400mg	11864407	Filmtablette	2.384,89 €
Imatinib Puren 400mg	11669278	Filmtablette	2.490,90 €
Imatinib 400mg Zentiva	11897051	Filmtablette	2.495,78 €

Glivec® 400mg Filmtabletten	01755203	Filmtablette	10.109,22 €

Stand: 15.04.2017

Wir empfehlen daher, in den zugelassenen patentfreien Indikationen* gezielt namentlich genannte, preiswerte generische Präparate oder den Wirkstoff selbst zu verordnen. So stellen Sie sicher, dass Ihre Patienten mit einer kostengünstigeren Alternative oder einem Rabattvertragsarzneimittel der Krankenkassen versorgt werden.

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung:

Stephan Reuß (Beratungsarzt der KVSH) 04551 883351

Alf Richter (Beratungsapotheker der AOK NordWest) 04102 801 292 84

* Die Generika sind u. a. angezeigt zur Behandlung von:

1. Erwachsenen und Kindern mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom (bcr-abl)-positiver (Ph+) chronischer myeloischer Leukämie (CML), für die eine Knochenmarktransplantation als Erstbehandlungsmöglichkeit nicht in Betracht gezogen wird.
2. Erwachsenen und Kindern mit Ph+-CML in der chronischen Phase nach Versagen einer Interferon-Alpha-Therapie, in der akzelerierten Phase oder in der Blastenkrise.
3. Erwachsenen und Kindern mit neu diagnostizierter Philadelphia-Chromosom-positiver akuter lymphatischer Leukämie (Ph+ ALL) in Kombination mit einer Chemotherapie.
4. Erwachsenen mit rezidivierter oder refraktärer Ph+ ALL als Monotherapie.
5. Erwachsenen mit myelodysplastischen/myeloproliferativen Erkrankungen (MDS/MPD) in Verbindung mit Genumlagerungen des PDGF-Rezeptors (platelet-derived growth factor).
6. Erwachsenen mit fortgeschrittenem hypereosinophilem Syndrom (HES) und/oder chronischer eosinophiler Leukämie (CEL) mit FIP1L1-PDGFRα-Umlagerung.
7. Erwachsenen mit nicht resezierbarem Dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) und Erwachsenen mit rezidivierendem und/oder metastasiertem DFSP, die für eine chirurgische Behandlung nicht in Frage kommen.

(Detaillierte Zulassungen einzelner Präparate entnehmen Sie bitte den jeweiligen Fachinformationen)