

Nr. 15 / März 2021

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. Kostensparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DB01 Valsartan und Amlodipin					
Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	14,09
Amlodipin/Valsartan "+pharma" 5 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	14,14
Amlodipin/Valsartan "+pharma" 10 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	14,14
Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	14,09
Amlodipin/Valsartan "Genericon" 5 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	14,14
Amlodipin/Valsartan "Genericon" 10 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,60	14,14
Die Nachfolgepräparate von Exforge sind deutlich kostengünstiger, ohne „IND“ und 3 OP sind auf einem Rezept frei verschreibbar.					
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE					
H05BX01 Cinacalcet					
Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	41,10	126,84 Erstanbieter in RE2
Cinacalcet "ratiopharm" 60 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	66,45	219,43 Erstanbieter in RE2
Cinacalcet "ratiopharm" 90 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	87,35	289,47 Erstanbieter in RE2

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

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

PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<i>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen</i>					
Cinacalcet "ratiopharm" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Mimpara. Im Unterschied zum dokumentationspflichtigen Originärpräparat sind alle Nachfolger mit IND verschreibbar, und es können 2 OP auf einem Rezept frei verordnet werden.					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BA03 Fulvestrant					
Fulvestrant "Sandoz" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	133,85	431,10**
<i>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.</i>					
Fulvestrant „Sandoz“ ist ein weiteres kostengünstigeres Nachfolgepräparat zu Faslodex, ein Wechsel wird empfohlen.					
N03 ANTIEPILEPTIKA					
N03AD01 Ethosuximid					
Ethosuximid "neuraxpharm" 50 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	250 ml	-	(2)	8,45	7,70
F14					
Ethosuximid „neuraxpharm“ Lsg. ist der erste Nachfolger von Petinimid Sirup.					

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 "1A Pharma" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	7,45
Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	7,45
Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	7,45
Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	7,45

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C02 ANTIHYPERTONIKA						
C02KX02 Ambrisentan						
RE1 L6	Ambrisentan "Accord" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	1.097,65	1.356,15
RE1 L6	Ambrisentan "Accord" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	1.097,65	1.356,15
<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>						
RE1 L6	Ambrisentan "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	1.097,65	1.356,15
RE1 L6	Ambrisentan "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	1.097,65	1.356,15
<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>						
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AF07 Tenofovir disoproxil						
RE2 L6	Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	144,45	2,65

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> HIV-1-infizierten Erwachsenen 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. <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.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>						
N03 ANTIEPILEPTIKA						
N03AX03 Sultiam						
RE2	Sultiam "neuraxpharm" 50 mg Filmtabl.	90 Stk.	-	-	19,85	11,02
RE2	Sultiam "neuraxpharm" 200 mg Filmtabl.	90 Stk.	T4	-	52,40	48,14
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.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM				
N07XX08 Tafamidis				
RE1	Vyndaqel 61 mg Weichkaps. PM	30 Stk.	-	-
<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.</p> <p>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. kardialem MRT (zumindest alle 12 Monate).</p> <p>– Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • substanzieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER • NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten. <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 http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM 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
Apo-go 10 mg/ml Inj.-/Inf.lsg. Amp.	50 Stk.	N04BC07	01.03.2021
Aripiprazol "Accord Healthcare" 15 mg Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.03.2021
Aripiprazol "Accord Healthcare" 30 mg Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.03.2021
Atorvastatin "HCS" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.03.2021
Atorvastatin "HCS" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.03.2021
Azithromycin "Arcana" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	15 ml 30 ml	J01FA10	01.03.2021
Bezafibrat "ratiopharm" retard 400 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AB02	01.03.2021
Bicalutamid "1A Pharma" 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.03.2021
Bicalutamid "Sandoz" 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.03.2021
Bisoprolol/HCT "Sandoz" 5 mg/12,5 mg Filmtabl.	20 Stk. 30 Stk.	C07BB07	01.03.2021
Buprenocan 35 mcg/h transdermales Pflaster	8 Stk.	N02AE01	01.03.2021
Buprenorphin "1A Pharma" 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk. 8 Stk.	N02AE01	01.03.2021
Buprenorphin "1A Pharma" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk. 8 Stk.	N02AE01	01.03.2021
Buprenorphin "1A Pharma" 70 mcg/h transdermales Pflaster	8 Stk.	N02AE01	01.03.2021
Cefuroxim "Hexal" 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	J01DC02	01.03.2021
Citalopram "Arcana" 10 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.03.2021
Citalopram "Arcana" 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.03.2021
Citalopram "Arcana" 40 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.03.2021
Diabetalan 30 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.03.2021
Diabetormin 1000 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	A10BA02	01.03.2021
Enalapril/Lercanidipin "Stada" 10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09BB02	01.03.2021
Enalapril/Lercanidipin "Stada" 20 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09BB02	01.03.2021

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Escitalopram "Hexal" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB10	01.03.2021
Farlutal Depot 500 mg Stechamp.	3 Stk.	L02AB02	01.03.2021
Fentanyl "Sandoz" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.03.2021
Fentanyl "Sandoz" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.03.2021
Glimepirid "Sandoz" 2 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.03.2021
Hydromorphon "Hexal" 4 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA03	01.03.2021
Inegy 10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	C10BA02	01.03.2021
Lactulose "Hexal" 670 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	200 ml	A06AD11	01.03.2021
Lansohexal 30 mg Hartkaps.	28 Stk.	A02BC03	01.03.2021
Meloxicam "G.L." 7,5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC06	01.03.2021
Octagam 100 mg/ml Inf.lsg.	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
Octagam 5 % Inf.lsg.	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
Olanzapin "Sandoz" 10 mg Schmelztabl.	28 Stk.	N05AH03	01.03.2021
Olanzapin "Sandoz" 15 mg Schmelztabl.	7 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.03.2021
Omeprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Kaps.	30 Stk.	A02BC01	01.03.2021
Optiray 300 mg J/ml (nichtionische) paren- terale Röntgenkontrastmittellsg. Fertigspr. 50 ml	1 Stk.	V08AB07	01.03.2021

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Pregabalin "Mylan" 25 mg Hartkaps.	14 Stk. 56 Stk.	N03AX16	01.03.2021
Pregabalin "Mylan" 50 mg Hartkaps.	21 Stk. 84 Stk.	N03AX16	01.03.2021
Pregabalin "Mylan" 75 mg Hartkaps.	14 Stk. 56 Stk.	N03AX16	01.03.2021
Pregabalin "Mylan" 100 mg Hartkaps.	21 Stk. 84 Stk.	N03AX16	01.03.2021
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 €
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL				
B01AC22 Prasugrel				
Prasulan 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,20
<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				
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BC06 Cabergolin				
Cabaseril 2 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	62,75

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Streichung der 15 Stk.-Packung				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA02 Donepezil					
RE2 L6	Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Schmelztabl.	10 Stk.	-	(2)	6,35
<ul style="list-style-type: none"> - 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 Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
Streichung der 30 Stk.-Packung					

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EC03 Encorafenib					
RE1	Braftovi 75 mg Hartkaps.	42 Stk. 168 Stk.	-	-	1.070,65 4.208,65

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> – 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. – Bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem metastasiertem Kolorektalkarzinom in Kombination mit Cetuximab nach Versagen einer systemischen Therapie. <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>					
L01ED04 Brigatinib					
RE1	Alunbrig 30 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	1.053,30
RE1	Alunbrig 90 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	3.110,50
RE1	Alunbrig 180 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	4.139,10
RE1	Alunbrig 90 mg + 180 mg Filmtabl. Starterpackung	28 Stk.	-	-	4.139,10
<p>Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC)</p> <ul style="list-style-type: none"> – die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden – als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor. <p>Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.</p>					

Info: Dr. Jana Fischer, MSc
 Telefon: 05 0766-126110
 E-mail: jana.fischer@oegk.at