

**Vertragspartnerservice**

Gruberstrasse 77  
4021 Linz, Postfach 61

Tel. +43 05 0766-14102078  
Fax +43 05 0766-1466102000

Email: [cornelia.frisch@oegk.at](mailto:cornelia.frisch@oegk.at)

Unsere Servicezeiten finden Sie  
unter: [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at)

UID-Nr.: ATU74552637

RS Nr. 1934  
BÖ  
August 2020

**Biologika bei Asthma bronchiale**

Sehr geehrte Frau Doktor,  
sehr geehrter Herr Doktor,

mit diesem Schreiben übermitteln wir Ihnen Informationen zur Therapie des Asthma bronchiale inklusive Überblick hochpreisiger Antikörper.

Die Kosten in der Gruppe der „Anderen Mittel bei Obstruktiven Atemwegserkrankungen zur systemischen Anwendung“ (R03DX) stiegen österreichweit von 2018 auf 2019 um +35 % bzw. über € 8 Millionen.

**Bitte beachten Sie bei Ihren Verordnungen:**

- Die Stufentherapie der GINA-Guidelines 2020
- Die geänderte Kostenreihung der subcutanen Interleukin 5 Inhibitoren - Nucala kostengünstiger als Fasenra
- Dupixent wird in der Indikation Asthma bronchiale zurzeit mit dem Dachverband verhandelt und befindet sich nicht im EKO (Stand Juli 2020).

Wir ersuchen Sie, bei Ein- und Umstellungen die kostengünstigste Alternative aus dem EKO bzw. laut Beilage, unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Faktoren, zu verordnen. Sie leisten damit einen wesentlichen Beitrag, die Kosten für Heilmittel zu dämpfen, um auch zukünftig eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

**Österreichische Gesundheitskasse, Behandlungsökonomie OÖ**

Frau Dr. Cornelia Frisch Tel. 05 0766 14102078, E-Mail: [cornelia.frisch@oegk.at](mailto:cornelia.frisch@oegk.at)

**Hinweise:**

**EKO-Änderungen:** [www.gesundheitskasse.at](http://www.gesundheitskasse.at) -> Bundesland Oberösterreich /  
Vertragspartner / Medizinische Fachthemen / Erstattungskodex

**EKO2go (App):** Laufend aktualisiertes Infotool zum EKO inklusive Fachinformationen

**App Store:**

<https://apps.apple.com/at/app/eko2go/id906506388>

**Google Play:**

[https://play.google.com/store/apps/details?id=at.itsv.mobile.eko2go&hl=de\\_AT](https://play.google.com/store/apps/details?id=at.itsv.mobile.eko2go&hl=de_AT)

**Beilage:** Überblick der Therapie des Asthma bronchiale und Biologika zur Therapie des Asthma bronchiale (inklusive Kostenreihung)

Mit freundlichen Grüßen

**Österreichische Gesundheitskasse**




DI Claudia Pirngruber, MPM  
Abteilungsleiterin  
Behandlungsökonomie



Dr. Thomas Weichselbaumer  
Abteilungsleiterstellvertreter  
Behandlungsökonomie

**Ärzttekammer für Oberösterreich**



OMR Dr. Wolfgang Ziegler  
Kurienobmann-Stv.  
Niedergelassene Ärzte



OMR Dr. Thomas Fiedler  
Kurierobmann  
niedergelassene Ärzte



Dr. Peter Niedermoser  
Präsident

*Dieses Schreiben ergeht an alle niedergelassenen Vertragsärzte für Pneumologie, Allgemeinmedizin, Internisten, die jeweiligen KH-Abteilungen und Wahlärzte mit Rezepturberechtigung.*

## Asthma bronchiale

Ca. 24% aller Asthmapatienten leiden an schwerem Asthma\*. Schweres Asthma liegt vor, wenn es unter Therapie mit inhalativen Glukokortikoiden (ICS) und LABA oder Montelukast oder eines oralen Glukokortikoides (OCS) über > 6 Monate pro Jahr, zu häufigen bzw. schweren Exazerbationen kommt oder eine Atemwegsobstruktion FEV1 < 80% vorliegt oder das Asthma unkontrolliert ist.

Eosinophiles Asthma zählt phänotypisch zu den schweren Asthma-Verlaufsformen, die im Erwachsenenalter ca. ab dem 35. Lebensjahr auftreten. Es ist gekennzeichnet durch einen besonders hohen Spiegel an eosinophilen Granulozyten im Blut und in der Lunge. Bei dieser Form sind u.a. die Interleukine IL-5 und IL-4 an den entzündlichen Prozessen in der Lunge beteiligt.

Die Basistherapie besteht, wie bei anderen Asthmaformen, aus einem inhalativen Kortison und aus einem langwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum. Wenn diese Therapien nicht ausreichen, um das Asthma unter Kontrolle zu bekommen, kann laut dem Stufenschema der Global Initiative for Asthma (GINA) 2020 die Therapie in letzter Stufe (Stufe 5) mit einem Antikörper erweitert werden.\*\*

\*Quelle: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/09/SA-Pocket-guide-v2-German-wms.pdf>

\*\*Quelle: <https://ginasthma.org/pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>

Box 3-5A

## Adults & adolescents 12+ years

### Personalized asthma management:

Assess, Adjust, Review response

Symptoms  
Exacerbations  
Side-effects  
Lung function  
Patient satisfaction

Confirmation of diagnosis if necessary  
Symptom control & modifiable risk factors (including lung function)  
Comorbidities  
Inhaler technique & adherence  
Patient preferences and goals



Treatment of modifiable risk factors and comorbidities  
Non-pharmacological strategies  
Asthma medications (adjust down or up)  
Education & skills training

### Asthma medication options:

Adjust treatment up and down for individual patient needs

#### PREFERRED CONTROLLER

to prevent exacerbations and control symptoms

Other controller options

#### PREFERRED RELIEVER

Other reliever option

	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5
	As-needed low dose ICS-formoterol*	Daily low dose inhaled corticosteroid (ICS), or as-needed low dose ICS-formoterol*	Low dose ICS-LABA	Medium dose ICS-LABA	High dose ICS-LABA
	Low dose ICS taken whenever SABA is taken †	Daily leukotriene receptor antagonist (LTRA), or low dose ICS taken whenever SABA taken †	Medium dose ICS, or low dose ICS+LTRA#	High dose ICS, add-on tiotropium, or add-on LTRA#	Add low dose OCS, but consider side-effects
	As-needed low dose ICS-formoterol*	As-needed low dose ICS-formoterol*	As-needed low dose ICS-formoterol* As-needed short-acting $\beta_2$ -agonist (SABA)	As-needed low dose ICS-formoterol prescribed maintenance and reliever therapy ‡	As-needed low dose ICS-formoterol for patients prescribed maintenance and reliever therapy ‡

\* Data only with budesonide-formoterol (bud-form)


† Separate or combination ICS and SABA inhalers

‡ Low-dose ICS-form is the reliever only for patients prescribed bud-form or BDP-form maintenance and reliever therapy  
# Consider adding HDM SLIT for sensitized patients with allergic rhinitis and FEV1 >70% predicted



## Überblick Asthma-Biologika inklusive Kostenreihung

Die Tabelle stellt die Reihung der Biologika zur Behandlung des eosinophilen Asthmas nach Kosten dar. Manche Präparate verfügen über ein sogenanntes Preismodell (PM), d.h. sie weisen niedrigere Preise als im Erstattungskodex (EKO) angeführt, auf. Da die Details der Preismodelle nicht kommuniziert werden dürfen, wird die Kostenreihung grafisch dargestellt.

Medikament ( <i>Wirkprinzip</i> )	Dosierung	Jahrestherapiekosten (67 kg Patient)
<b>Nucala® PM</b> 100 mg Mepolizumab ( <i>IL-5 Antikörper</i> )	100 mg s.c. alle 4 Wochen	Günstig
<b>Cinqaero® PM</b> 25 mg u. 100 mg Reslizumab* ( <i>IL-5 Antikörper</i> )	3 mg/kg i.v. Infusion alle 4 Wochen	
<b>Fasenra® PM</b> 30 mg Benralizumab ( <i>IL-5 Rezeptor-Antikörper</i> )	30 mg s.c. alle 4 Wochen, nach 3 Dosen alle 8 Wochen	
<b>Dupixent® 200 mg</b> Dupilumab ( <i>IL-4 Rezeptor-Antikörper</i> )	Startdosis 400 mg, dann 200 mg s.c. alle 2 Wochen**	Preisverhandlungen mit dem Dachverband der Sozialversicherungen

\*Cinqaero ist bei niedrigem Körpergewicht (unter 58 kg) der kostengünstigste und ab 84 kg Körpergewicht der teuerste IL-5-Antikörper.

\*\*in Kombination mit atopischer Dermatitis; Start 600 mg, dann 300 mg

PM: Preismodell, Preisstand Juni 2020

Medikament (Wirkprinzip)	Regeltext laut EKO
<p><b>Nucala®</b> 100 mg Mepolizumab (IL-5 Antikörper)</p> <p><b>Cinqaero®</b> 25 mg u. 100 mg Reslizumab (IL-5 Antikörper)</p> <p><b>Fasenra®</b> 30 mg Benralizumab (IL-5 Rezeptor-Antikörper)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als Zusatztherapie bei Erwachsenen (Nucala ab 12 Jahren) mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen pro Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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</li> <li>– wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten bzw. vier oder mehr Behandlungsepisoden in den letzten 12 Monaten (Nucala)</li> </ul> </li> <li>• 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</li> <li>• mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</li> <li>• Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. 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.</li> </ul>
<p><b>Dupixent®</b> 200 mg Dupilumab (IL-4 Rezeptor-Antikörper)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zurzeit Preisverhandlungen mit dem Dachverband der Sozialversicherung (RedBox), weshalb kein Regeltext vorhanden ist. Es gilt der Zulassungstext.</li> </ul>