



# Im Blickpunkt-Tipps

## NEU im EKO

Sammelband November, Dezember 2015 und Jänner 2016



*Burgenländische  
Gebietskrankenkasse*

# Inhalt

|  |          |
|--|----------|
| Änderungen im Erstattungskodex<br>ab November 2015 | Seite 3  |
| Änderungen im Erstattungskodex<br>ab Dezember 2015 | Seite 9  |
| Änderungen im Erstattungskodex<br>ab Jänner 2016   | Seite 13 |

## Impressum und Offenlegung gemäß §§ 24, 25 Mediengesetz Medieninhaberin und Herausgeberin:

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche  
Krankenversicherung, Esterhazyplatz 3, 7000 Eisenstadt,  
UID Nummer: ATU 16253300

Kontaktadresse: Dipl.-Ing. Berthold Reichardt,  
Behandlungsökonomie, Telefon +43 2682608-1405,  
E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Vertretungsbefugte Organe der  
Burgenländischen Gebietskrankenkasse:  
Obmann Hartwig Roth,  
1.Obmann-Stellvertreter Johann Wagner,  
2.Obmann-Stellvertreterin Beate Horvath  
Direktor Mag. Christian Moder,  
Direktor-Stellvertreter Franz Winkovitsch

Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung  
unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste Aufsichtsbehörde  
ist der Bundesminister für Gesundheit

Erscheinungsweise: unregelmäßig ca. 4x jährlich

Die Publikation und alle darin enthaltenen Beiträge und  
Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich  
gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung der Autorin/des Autors  
und nicht der Redaktion wieder. Sämtliche zur Verfügung gestellten  
Informationen und Erklärungen sind  
unverbindlich, die Burgenländische Gebietskrankenkasse  
übernimmt keine Gewähr oder Haftung für deren Richtigkeit oder Voll-  
ständigkeit und können daraus keinerlei

Rechtsansprüche begründet werden. Grundlegende Richtung des  
periodischen Mediums: Fach- und Informationsblatt für die  
Vertragspartner/innen der Burgenländischen  
Gebietskrankenkasse und Entscheidungsträger/innen im  
Burgenländischen Gesundheitssystem

Druck: Wiener Gebietskrankenkasse,  
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien  
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: shutterstock

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher  
Genehmigung der BGKK gestattet

# Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

ca. 120 Mio. Medikamentenpackungen wurden 2015  
bundesweit mit den SV-Trägern abgerechnet.  
Gegenüber 2014 ist das ein leichter Rückgang, allerdings  
beruht dieser vor allem auf der steigenden Anzahl an  
(vielfach generischen) Medikamenten, deren Preis unter  
der Selbstbehaltsgrenze liegt.

Ca. 60 Seiten umfasste die Auflistung der Änderungen im  
EKO des letzten Jahres, wie in allen vier Druckausgaben  
der Vertragspartnerinfo „Im Blickpunkt Tipps“ dargestellt.  
Dies belegt den steten Wandel und die Erneuerung im  
Pharmabereich.

Neue Medikamente kommen auf den Markt (Sivextro,  
Cosentyx) oder bei bereits bekannten ändern sich die  
Rahmenbedingungen der Zulassung, die Erstattungsregel  
(Zavesca) oder die Zusammensetzung (Atozet). An-  
dere werden generisch verfügbar.

Für die Patienten und das Gesundheitssystem ist dieser  
stete Wandel wichtig. Kostengünstige Generika ermögli-  
chen die Finanzierung teurer Innovationen.

Das wird auch im Jahr 2016 so bleiben.

Alles Gute im Neuen Jahr  
Berthold Reichardt

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2016

Informationsstand Jänner 2016

**ROT**



**GRÜN**

## Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat  | Menge   | T  | OP  | KVP € | max. Kostenersparnis<br>€ pro Packung*                   |
|---|---------|----|-----|-------|--|
| <b>C03 DIURETIKA</b>  |         |    |     |       |  |
| <b>C03DA04 Eplerenon</b>  |         |    |     |       |  |
| Eplerenon „Actavis“ 25 mg Filmtabl.   | 10 Stk. | -  | -   | 10,15 | <b>5,80</b>  |
|   | 30 Stk. | -  | -   | 28,85 | <b>15,70</b>   |
| <i>IND: Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde</i>   |         |    |     |       |  |
| Im 1. Halbjahr 2015 erhielten 52.065 Patienten eine Therapie mit Spironolacton und 7.744 ein Eplerenon-Präparat. Entsprechend den ESC- oder AHA-Leitlinien sollen alle Patienten, die nach einer Therapie mit ACE-Hemmer und Betablocker noch Zeichen einer Herzinsuffizienz zeigen, Spironolacton oder Eplerenon erhalten. |         |    |     |       |  |
| <b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>  |         |    |     |       |  |
| <b>C08CA01 Amlodipin</b>  |         |    |     |       |  |
| Amlodipin Besilat „Stada“ 5 mg Tabl.  | 30 Stk. | -  | (2) | 4,05  | <b>0,87</b>  |
| 10 mg Tabl.   | 30 Stk. | T2 | (2) | 4,05  | <b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b> |
| Fast alle Amlodipin-Präparate liegen unter der Selbstbehaltsgrenze. Amlodipin GL und Amlodipin Sandoz kosten ca. doppelt so viel. Aufgrund laufender Verfahren sollten diese Präparate nicht mehr verordnet werden. Es stehen 14 kostengünstigere Alternativpräparate zur Verfügung.  |         |    |     |       |  |
| <b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>  |         |    |     |       |  |
| <b>C09BB02 Enalapril und Lercanidipin</b>   |         |    |     |       |  |
| Enalapril/Lercanidipin „ratiopharm“<br>10 mg/10 mg Filmtabl.  | 30 Stk. | -  | (2) | 9,60  | <b>4,89</b>  |
| 20 mg/10 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | -  | (2) | 9,60  | <b>6,24</b>  |
| 10 % beträgt der Marktanteil des ersten Nachfolgepräparates Enalapril/Lercanidipin Krka im Oktober 2015. Mit der Verfügbarkeit des angeführten zweiten Nachfolgepräparates sollte sich der Generikaanteil deutlich steigern lassen. Erstanbieter ist das Co-Marketing von Lercaprel und Zanipril mit dem identen Produkt.   |         |    |     |       |  |
| <b>N02 ANALGETIKA</b>   |         |    |     |       |  |
| <b>N02AX02 Tramadol</b>   |         |    |     |       |  |
| Tramabene 50 mg Kaps.   | 10 Stk. | -  | (2) | 1,15  | <b>1,40</b>  |
|   | 30 Stk. | -  | (2) | 3,45  | <b>2,95</b>  |
| <b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>  |         |    |     |       |  |
| <b>N03AX16 Pregabalin</b>   |         |    |     |       |  |
| Pregabalin „Sandoz GmbH“ 25 mg Hartkaps.  | 14 Stk. | -  | -   | 1,35  | <b>2,85</b>  |
|   | 56 Stk. | -  | -   | 5,50  | <b>10,55</b><br>(Erstanbieter in RE1)                    |
| 50 mg Hartkaps.   | 21 Stk. | -  | -   | 3,25  | <b>6,95</b>  |
|   | 84 Stk. | -  | -   | 12,70 | <b>25,90</b><br>(Erstanbieter in RE1)                    |

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2016)

| Präparat   | Menge                  | T | OP  | KVP € | max. Kostenersparnis<br>€ pro Packung* |
|--|------------------------|---|-----|-------|--|
| 75 mg Hartkaps.  | 14 Stk.                | - | -   | 3,25  | <b>6,95</b>                            |
|  | 56 Stk.                | - | -   | 12,70 | <b>25,90</b><br>(Erstanbieter in RE1)  |
| 100 mg Hartkaps.   | 21 Stk.                | - | -   | 5,45  | <b>9,65</b>                            |
|  | 84 Stk.                | - | -   | 20,50 | <b>35,65</b><br>(Erstanbieter in RE1)  |
| 150 mg Hartkaps.   | 14 Stk.                | - | -   | 5,45  | <b>9,70</b>                            |
|  | 56 Stk.                | - | -   | 20,50 | <b>35,90</b><br>(Erstanbieter in RE1)  |
| 200 mg Hartkaps.   | 21 Stk.                | - | -   | 8,60  | <b>13,70</b>                           |
|  | 84 Stk.                | - | -   | 31,80 | <b>48,00</b><br>(Erstanbieter in RE1)  |
| 300 mg Hartkaps.   | 14 Stk.                | - | -   | 8,60  | <b>13,75</b>                           |
|  | 56 Stk.                | - | -   | 31,80 | <b>48,25</b><br>(Erstanbieter in RE1)  |
| Mit Pregabalin Sandoz steht das vierte Nachfolgepräparat zu Lyrica im EKO und der Preisvorteil ist beträchtlich.   |                        |   |     |       |  |
| <b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>   |                        |   |     |       |  |
| <b>N05AH04 Quetiapin</b>   |                        |   |     |       |  |
| Quetiapin „Stada“ 50 mg Retardtabl.  | 10 Stk.                | - | (2) | 2,05  | <b>0,70</b>                            |
|  | 30 Stk.                | - | -   | 3,65  | <b>4,55</b>                            |
| 200 mg Retardtabl.   | 10 Stk.                | - | (2) | 5,75  | <b>4,95</b>                            |
|  | 30 Stk.                | - | (2) | 9,90  | <b>20,45</b>                           |
| 300 mg Retardtabl.   | 10 Stk.                | - | (2) | 7,75  | <b>8,05</b>                            |
|  | 60 Stk.                | - | -   | 25,85 | <b>57,40</b>                           |
| 400 mg Retardtabl.   | 10 Stk.                | - | (2) | 9,60  | <b>11,10</b>                           |
|  | 60 Stk.                | - | -   | 31,25 | <b>79,80</b>                           |
| Quetialan Stada ist das fünfte Nachfolgepräparat zu Seroquel XR. Mit Hinweis auf den Preisvorteil und die RÖV sind die Generika bevorzugt zu verordnen.  |                        |   |     |       |  |
| <b>N05AX12 Aripiprazol</b>   |                        |   |     |       |  |
| Aripiprazol „easypharm“ 10 mg Tabl.  | 10 Stk.                | - | -   | 21,35 | <b>20,16</b>                           |
|  | 30 Stk.                | - | (2) | 60,65 | <b>37,84</b>                           |
| 15 mg Tabl.  | 10 Stk.                | - | -   | 21,35 | <b>20,16</b>                           |
|  | 30 Stk.                | - | (2) | 60,65 | <b>37,84</b>                           |
| Steigende Verordnungszahlen im Jahr 2015 (+ 6 % bis inkl. Okt.) weisen auf eine hohe Akzeptanz der Substanz hin und rückläufige Verordnungszahlen von Abilify auf ein kostenbewusstes Ordnungsverhalten der Vertragspartner. |                        |   |     |       |  |
| <b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>  |                        |   |     |       |  |
| <b>N06AB10 Escitalopram</b>  |                        |   |     |       |  |
| Escitalopram „Bluefish“ 5 mg Filmtabl.   | 14 Stk.                | - | -   | 2,35  | <b>0,60</b>                            |
|  | 28 Stk.                | - | -   | 4,65  | <b>1,20</b>                            |
| 10 mg Filmtabl.  | 14 Stk.                | - | -   | 3,90  | <b>1,00</b>                            |
|  | 28 Stk.                | - | -   | 7,75  | <b>1,85</b>                            |
| Escitalopram „Bluefish“ ist eine weitere kostengünstige therapeutische Alternative.  |                        |   |     |       |  |
| <b>S01 OPHTHALMIKA</b>   |                        |   |     |       |  |
| <b>N06 S01EC04 Brinzolamid</b>   |                        |   |     |       |  |
| Brinzolamid „Stada“ 10 mg/ml Augentropfensusp.   | 5 ml<br>1 ml=<br>32 Tr | - | (2) | 6,05  | <b>3,50</b>                            |
| Brinzolamid „Stada“ ist das zweite Nachfolgepräparat zu Azopt und der Preisvorteil daher hoch.   |                        |   |     |       |  |

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2016)

**Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:**

| Präparat   | Menge            | T      | OP     | KVP €         |
|--|------------------|--------|--------|---------------|
| <b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>  |                  |        |        |               |
| <b>J01DD13 Cefpodoxim</b>  |                  |        |        |               |
| Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen  | 100 ml<br>200 ml | -<br>- | -<br>- | 9,05<br>17,25 |
| F2J für die 100 ml-Pkg. (frei verschreibbar für Kinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr) bzw. F6J für die 200 ml-Pkg. (frei verschreibbar für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) |                  |        |        |               |

**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

| Präparat  | Menge  | T | OP | KVP €    |
|---|--------|---|----|----------|
| <b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>   |        |   |    |          |
| <b>J01XX11 Tedizolid</b>  |        |   |    |          |
| RE1   Sivextro 200 mg Filmtabl.   | 6 Stk. | - | -  | 1.100,65 |
| Als Reserveantibiotikum bei nachgewiesenen akuten bakteriellen Haut- und Weichgewebeeinfektionen bei Erwachsenen mit Tedizolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Nur im Anschluss an eine im stationären Bereich begonnene Therapie, ein Keimnachweis ist vorzulegen.. |        |   |    |          |
| Entsprechend der Zulassung beträgt die empfohlene Dosierung 200 mg einmal täglich über 6 Tage. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Tedizolidphosphat bei einer Anwendung über mehr als 6 Tage ist bei Patienten nicht erwiesen und mit einer deutlich erhöhten Nebenwirkungsrate verbunden.  |        |   |    |          |

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

| Präparat  | Menge              | ATC-Code | Streichung mit |
|---|--------------------|----------|----------------|
| Adalat 2-Phasen 20 mg Filmtabl.                       | 20 Stk.<br>50 Stk. | C08CA05  | 01.01.2016     |
| Ciscutan 20 mg Kaps.                                  | 100 Stk.           | D10BA01  | 01.01.2016     |
| Cutivate Creme 0,05 %                                 | 30 g               | D07AC17  | 01.01.2016     |
| Cutivate Salbe 0,005 %                                | 30 g               | D07AC17  | 01.01.2016     |
| Emovate Salbe   | 30 g               | D07AB01  | 01.01.2016     |
| Otreon 200 mg Filmtabl.                               | 6 Stk.<br>14 Stk.  | J01DD13  | 01.01.2016     |
| Pravastatin „Ranbaxy“ 20 mg Tabl.                     | 30 Stk.            | C10AA03  | 02.12.2015     |
| Pravastatin „Ranbaxy“ 40 mg Tabl.                     | 30 Stk.            | C10AA03  | 02.12.2015     |
| Saizen 1,33 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. | 10 Stk.            | H01AC01  | 01.01.2016     |
| Vilan Amp.  | 10 Stk.            | N02AA04  | 01.01.2016     |

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2015)

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

| Präparat  | Menge              | T      | OP       | KVP €                        |
|---|--------------------|--------|----------|------------------------------|
| <b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>  |                    |        |          |                              |
| <b>A02BC04 Rabeprazol</b>                           |                    |        |          |                              |
| Rabeprazol „Sandoz“ 20 mg magensaftresistente Tabl. | 14 Stk.<br>30 Stk. | -<br>- | -<br>(2) | <b>10,80</b><br><b>16,25</b> |
| Streichung der 7 Stk.-Pkg.                          |                    |        |          |                              |
| <b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>                      |                    |        |          |                              |
| <b>C08CA13 Lercanidipin</b>                         |                    |        |          |                              |
| Lercanidipin „Sandoz“ 10 mg Filmtabl.               | 30 Stk.            | -      | (2)      | <b>6,65</b>                  |
| 20 mg Filmtabl.                                     | 30 Stk.            | -      | (2)      | <b>6,65</b>                  |
| jeweils Streichung der 10 Stk.-Pkg.                 |                    |        |          |                              |

**Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Übernahme vom Gelben Bereich):**

| Präparat                  | Menge   | T | OP  | KVP €        |
|---------------------------|---------|---|-----|--------------|
| <b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>  |         |   |     |              |
| <b>N05AE04 Ziprasidon</b> |         |   |     |              |
| Zeldox 80 mg Hartkaps.    | 56 Stk. | - | (2) | <b>56,55</b> |

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

| Präparat  | Menge   | T | OP | KVP €           |
|---|---------|---|----|-----------------|
| <b>A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL</b>   |         |   |    |                 |
| <b>A16AX06 Miglustat</b>  |         |   |    |                 |
| RE1<br>L6   Zavesca 100 mg Hartkaps.  | 84 Stk. | - | -  | <b>4.959,90</b> |
| <p>Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Miglustat darf nur zur Behandlung progressiver neurologischer Manifestationen bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen verwendet werden.</p> <p>Erstverordnung nur durch ein Zentrum bzw. einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Therapie der Niemann-Pick-Krankheit Typ C.</p> <p>Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o. a. Zentrum oder den/die o. a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen.</p> <p>Miglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Bei Zavesca wurde die bestimmte Verwendung von M. Gaucher auf Niemann-Pick-Krankheit geändert.</p> |         |   |    |                 |
| <b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>   |         |   |    |                 |
| <b>C10AX09 Ezetimib</b>   |         |   |    |                 |
| RE2<br>L12   Ezetrol Tabl.  | 30 Stk. | - | -  | <b>49,90</b>    |

| Präparat   | Menge   | T       | OP | KVP € |                 |
|--|---|---------|----|-------|-----------------|
| Bei PatientInnen mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie<br>- in Kombination mit einem Statin (ATC Code C10AA), wenn mit einer Statin-Monotherapie in maximal verträglicher Dosierung ein LDL-Zielwert von kleiner als 70 mg/dl oder (bei Nichterreichung des LDL-Zielwerts) eine Reduktion des LDL-Cholesterins um mindestens 50 % nicht erreicht werden kann.<br>- als Monotherapie bei nachgewiesener Kontraindikation gegenüber Statinen.   |   |         |    |       |                 |
| Änderung des LDL-Zielwerts von 100 mg/dl auf 70 mg/dl und Wegfall der Sekundärprävention.  |   |         |    |       |                 |
| <b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>  |   |         |    |       |                 |
| RE2  | <b>Inegy 10 mg/10 mg Tabl.</b>                                    | 30 Stk. | -  | -     | <b>55,30</b>    |
| RE2  | <b>10 mg/20 mg Tabl.</b>  | 30 Stk. | -  | -     | <b>62,35</b>    |
| Bei PatientInnen mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie, wenn mit einem Statin (ATC Code C10AA) in maximal verträglicher Dosierung ein LDL-Zielwert von kleiner als 70 mg/dl oder (bei Nichterreichung des LDL-Zielwerts) eine Reduktion des LDL-Cholesterins um mindestens 50 % nicht erreicht werden kann.   |   |         |    |       |                 |
| Änderung des LDL-Zielwerts von 100 mg/dl auf 70 mg/dl und Wegfall der Sekundärprävention.  |   |         |    |       |                 |
| <b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>  |   |         |    |       |                 |
| <b>L04AB02 Infiximab</b>   |   |         |    |       |                 |
| RE1  | <b>Remicade 100 mg Plv. f. ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.</b> | 1 Stk.  | -  | -     | <b>524,10</b>   |
|  |   | 2 Stk.  | -  | -     | <b>1.023,50</b> |
|  |   | 3 Stk.  | -  | -     | <b>1.512,05</b> |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen über 18 Jahren nur in Kombination mit Methotrexat, bei Versagen von mindestens einem anderen DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat, wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Infiximab in Kombination mit Methotrexat angewendet.<br/>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</li> <li>2. Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) bei PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten.<br/>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</li> <li>3. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen über 18 Jahren in Kombination mit Methotrexat, bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat.<br/>Infiximab kann im Falle einer Kontraindikation oder Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden.<br/>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</li> <li>4. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA.<br/>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie.</li> <li>5. Mäßig bis schwergradig aktive Form von Morbus Crohn oder Morbus Crohn mit Fistelbildung bei Versagen oder Unverträglichkeit konventioneller Therapiemöglichkeiten.<br/>Erstverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</li> <li>6. Mittelschwere bis schwere Colitis ulcerosa bei Versagen oder Unverträglichkeit konventioneller medikamentöser Therapiemöglichkeiten.<br/>Erstverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.<br/>Die Behandlung mit Infiximab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</li> </ol> |   |         |    |       |                 |
| Folgende Änderungen der bestimmten Verwendung wurden vorgenommen:  |   |         |    |       |                 |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versagen von mindestens einem anderen (anstelle von vorher zwei) DMARD bei aktiver rheumatoider Arthritis und Ergänzung der Verabreichung in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer.</li> <li>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis: Ergänzung Monotherapie bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit von Methotrexat</li> <li>3. Mäßig bis schwergradig aktive Form von Morbus Crohn anstelle von schwerer aktiver Form.</li> </ol>  |   |         |    |       |                 |

## Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Dezember 2015 Informationsstand Dezember 2015

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat   | Menge   | T | OP  | KVP € | max. Kostenersparnis<br>€ pro Packung*                        |
|--|---------|---|-----|-------|---|
| <b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>   |         |   |     |       |   |
| <b>A02BA02 Ranitidin</b>   |         |   |     |       |   |
| Ranitidin „Accord“ 150 mg Filmtabl.  | 30 Stk. | - | -   | 6,65  | 2,52  |
|  | 60 Stk. | - | -   | 12,95 | 2,91  |
| 300 mg Filmtabl.   | 10 Stk. | - | (2) | 4,35  | 1,25  |
|  | 30 Stk. | - | -   | 12,75 | 2,65  |
| Ranitidin war einmal die umsatzstärkste Einzelsubstanz weltweit. Im 1. Halbjahr des heurigen Jahres wurden „nur noch“ 93.310 Packungen mit den SV-Trägern abgerechnet. Auf Grund des Preisvorteils zeigt das Ökotool Ranitidin Accord als erstgereihtes unter den Ranitidin-Präparaten an. |         |   |     |       |   |
| <b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>   |         |   |     |       |   |
| <b>N05AE04 Ziprasidon</b>  |         |   |     |       |   |
| Ziprasidon „Pfizer“ 20 mg Hartkaps.  | 28 Stk. | - | -   | 28,85 | Packungsgröße beim Erst-<br>anbieter nicht vorhanden<br>38,20 |
|  | 56 Stk. | - | (2) | 55,95 |   |
| 40 mg Hartkaps.  | 28 Stk. | - | -   | 28,85 | Packungsgröße beim Erst-<br>anbieter nicht vorhanden<br>43,45 |
|  | 56 Stk. | - | (2) | 55,95 |   |
| 60 mg Hartkaps.  | 28 Stk. | - | -   | 28,85 | Packungsgröße beim Erst-<br>anbieter nicht vorhanden<br>44,75 |
|  | 56 Stk. | - | (2) | 55,95 |   |
| 80 mg Hartkaps.  | 28 Stk. | - | -   | 28,85 | Packungsgröße beim Erst-<br>anbieter nicht vorhanden<br>81,05 |
|  | 56 Stk. | - | (2) | 55,95 |   |
| Pfizer ist der Anbieter von Zeldox und nunmehr von Ziprasidon Pfizer.  |         |   |     |       |   |

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

| Präparat  | Menge   | T | OP  | KVP €  |
|---|---------|---|-----|--------|
| <b>A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA</b> |         |   |     |        |
| <b>A07EA06 Budesonid</b>  |         |   |     |        |
| Cortiment MMX 9 mg Retardtabl.  | 10 Stk. | - | (2) | 37,50  |
|   | 30 Stk. | - | -   | 102,75 |
| Cortiment MMX enthält wie Budosan uno 9 mg Budesonid.                   |         |   |     |        |
| <b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>                       |         |   |     |        |
| <b>J01DD08 Cefixim</b>  |         |   |     |        |
| Tricef 200 mg Filmtabl.   | 6 Stk.  | - | (2) | 11,60  |
|   | 14 Stk. | - | -   | 21,70  |

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2015)



## Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat  | Menge   | T | OP  | KVP € |
|---|---------|---|-----|-------|
| <b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>  |         |   |     |       |
| <b>A02BC01 Omeprazol</b>  |         |   |     |       |
| Omeprazol „easypharm“ 20 mg Kaps.   | 14 Stk. | - | -   | 6,95  |
|   | 28 Stk. | - | -   | 11,60 |
| Streichung der 7 Stk.-Packung   |         |   |     |       |
| Omeprazol „ratiopharm“ 20 mg<br>magensaftresistente Hartkaps.   | 14 Stk. | - | -   | 7,15  |
|   | 28 Stk. | - | -   | 11,80 |
| Streichung der 7 Stk.-Packung   |         |   |     |       |
| <b>A02BC04 Rabeprazol</b>   |         |   |     |       |
| Rabeprazol „ratiopharm“ 20 mg magensaftresistente Tabl.   | 14 Stk. | - | -   | 10,70 |
|   | 30 Stk. | - | (2) | 14,95 |
| Streichung der 7 Stk.-Packung   |         |   |     |       |
| <b>A02BC05 Esomeprazol</b>  |         |   |     |       |
| Esomeprazol „ratiopharm“ 20 mg<br>magensaftresistente Hartkaps.   | 14 Stk. | - | -   | 5,30  |
|   | 30 Stk. | - | -   | 9,40  |
| Esomeprazol „ratiopharm“ 20 mg magensaftresistente Tabl.  | 14 Stk. | - | -   | 4,90  |
|   | 30 Stk. | - | -   | 9,20  |
| Streichung der 7 Stk.-Packung   |         |   |     |       |
| <b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>   |         |   |     |       |
| <b>B01AC04 Clopidogrel</b>  |         |   |     |       |
| Aclop 75 mg Filmtabl.   | 10 Stk. | - | -   | 5,00  |
|   | 30 Stk. | - | (2) | 14,45 |
| <i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>  |         |   |     |       |
| Die bisher beigegepackten Herz ASS „G.L.“ 100 mg Filmtabl. werden nicht mehr beigegepackt.<br>Auch die Verwendung wird an die anderen Clopidogrel-Präparate im EKO angepasst. |         |   |     |       |
| <b>B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN</b>  |         |   |     |       |
| <b>B05BB01 Elektrolyte</b>  |         |   |     |       |
| Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Glasinf.fl. 250 ml   | 1 Stk.  | - | (2) | 1,40  |
| Glasinf.fl. 500 ml  | 1 Stk.  | - | (2) | 1,50  |
| Streichung der 500 ml Plastikinfusionsflasche   |         |   |     |       |
| Die Packungen im Gelben Bereich werden nicht verändert.   |         |   |     |       |
| <b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>   |         |   |     |       |
| <b>M01AB01 Indometacin</b>  |         |   |     |       |
| Indobene retard 75 mg Kaps.   | 30 Stk. | - | (2) | 6,90  |
| Streichung der 50 Stk.-Packung  |         |   |     |       |

| Präparat  | Menge   | T  | OP  | KVP €        |
|---|---------|----|-----|--------------|
| <b>N02 ANALGETIKA</b>   |         |    |     |              |
| <b>N02AA03 Hydromorphon</b>   |         |    |     |              |
| Hydromorphon „Stada“ 4 mg Retardtabl.   | 10 Stk. | -  | (2) | <b>3,30</b>  |
|   | 30 Stk. | -  | -   | <b>8,75</b>  |
|   | 60 Stk. | -  | -   | <b>16,25</b> |
| 8 mg Retardtabl.  | 10 Stk. | T2 | (2) | <b>5,15</b>  |
|   | 30 Stk. | T2 | -   | <b>13,90</b> |
|   | 60 Stk. | T2 | -   | <b>26,40</b> |
| 16 mg Retardtabl.   | 10 Stk. | T2 | (2) | <b>8,20</b>  |
|   | 30 Stk. | T2 | -   | <b>22,25</b> |
|   | 60 Stk. | T2 | -   | <b>41,75</b> |
| 24 mg Retardtabl.   | 10 Stk. | T2 | (2) | <b>10,00</b> |
|   | 30 Stk. | T2 | -   | <b>27,30</b> |
|   | 60 Stk. | T2 | -   | <b>51,25</b> |
| SG  |         |    |     |              |
| Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 60 Stk. mit dem Hinweis „Nicht zur Initialtherapie“. |         |    |     |              |

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

| Präparat   | Menge               | ATC-Code | Streichung mit |
|--|---------------------|----------|----------------|
| Alendris 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl.  | 4 Stk.              | M05BA04  | 13.10.2015     |
| Clopidogrel „ratiopharm GmbH“ 75 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Corprotect „ratiopharm“ 100 mg Tabl. | 14 Stk.<br>30 Stk.  | B01AC04  | 01.12.2015     |
| Diabrezide Tabl.   | 30 Stk.<br>120 Stk. | A10BB09  | 01.12.2015     |
| Helopanflat Drag.  | 20 Stk.<br>50 Stk.  | A09AA02  | 01.12.2015     |
| Neotigason 10 mg Kaps.   | 30 Stk.<br>100 Stk. | D05BB02  | 01.12.2015     |
| Neotigason 25 mg Kaps.   | 30 Stk.<br>100 Stk. | D05BB02  | 01.12.2015     |
| Osteonat 50 mg Filmtabl.   | 30 Stk.             | M05BA06  | 01.12.2015     |
| Pantoprazol „Ranbaxy“ 20 mg magensaftresistente Tabl.  | 14 Stk.<br>28 Stk.  | A02BC02  | 20.10.2015     |
| Pantoprazol „Ranbaxy“ 40 mg magensaftresistente Tabl.  | 14 Stk.<br>28 Stk.  | A02BC02  | 20.10.2015     |
| Rifoldin 600 mg Drag.  | 30 Stk.             | J04AB02  | 01.12.2015     |
| Steezol 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. Fertigspr.                                     | 1 Stk.              | M05BA08  | 13.10.2015     |
| Tolterodin „ratiopharm“ 1 mg Filmtabl.   | 20 Stk.<br>60 Stk.  | G04BD07  | 01.12.2015     |
| Xorox Augensalbe   | 4,5 g               | S01AD03  | 01.12.2015     |

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

| Präparat   | Menge  | T        | OP | KVP € |               |
|--|--|----------|----|-------|---------------|
| <b>V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL</b>   |  |          |    |       |               |
| <b>V03AE02 Sevelamer</b>   |  |          |    |       |               |
| RE2  | <b>Renvela 2,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> | 60 Stk.  | -  | -     | <b>155,25</b> |
| RE2  | <b>800 mg Filmtabl.</b>  | 180 Stk. | -  | -     | <b>155,25</b> |
| Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können. |  |          |    |       |               |

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

| Präparat   | Menge                          | T        | OP | KVP € |                 |
|--|--------------------------------|----------|----|-------|-----------------|
| <b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>  |                                |          |    |       |                 |
| <b>J05AE11 Telaprevir</b>  |                                |          |    |       |                 |
| RE1  | <b>Incivo 375 mg Filmtabl.</b> | 168 Stk. | -  | -     | <b>8.682,65</b> |
| <p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit chronischer Hepatitis C (CHC)-Infektion vom Genotyp 1 in Kombination mit Peginterferon alfa und Ribavirin für 12 Wochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei therapienaiven und vorbehandelten PatientInnen mit Relapse mit nicht nachweisbarer HCV-RNA in Woche 4 und 12 weitere 12 Wochen Therapie mit Peginterferon alfa und Ribavirin (Gesamttherapiedauer 24 Wochen)</li> <li>- bei therapienaiven PatientInnen und vorbehandelten PatientInnen mit Relapse mit nachweisbarer HCV-RNA in Woche 4 oder Woche 12, sowie bei vorbehandelten PatientInnen mit vorherigem partiellem Ansprechen und bei Null-Respondern weitere 36 Wochen Therapie mit Peginterferon alfa und Ribavirin (Gesamttherapiedauer 48 Wochen)</li> </ul> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p> <p>HCV-RNA-Test in Woche 4 und 12 zur Festlegung der Gesamtbehandlungsdauer;</p> <p>Die Therapie ist sofort abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wenn in Woche 4 die HCV-RNA größer 1.000 IE/ml oder</li> <li>- wenn in Woche 12 die HCV-RNA größer 1.000 IE/ml ist.</li> <li>- Bei früheren Null-Respondern: wenn bei der zusätzlichen Testung zwischen Woche 4 und Woche 12 die HCV-RNA größer 1.000 IE/ml ist.</li> </ul> |                                |          |    |       |                 |
| Streichung der 42 Stk.-Packung   |                                |          |    |       |                 |

## Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab November 2015 Informationsstand November 2015

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat  | Menge    | T | OP  | KVP € | max. Kostenersparnis<br>€ pro Packung*                 |
|---|----------|---|-----|-------|--|
| <b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>   |          |   |     |       |  |
| <b>N03AX16 Pregabalin</b>   |          |   |     |       |  |
| Pregamid 25 mg Hartkaps   | 20 Stk.  | - | -   | 2,40  | 3,78   |
|   | 60 Stk.  | - | -   | 7,20  | 9,33   |
|   | 90 Stk.  | - | -   | 10,55 | 13,85  |
|   |          |   |     |       | <b>Erstanbieter in RE1</b>                             |
| 50 mg Hartkaps  | 30 Stk.  | - | -   | 5,95  | 6,04   |
|   | 90 Stk.  | - | -   | 17,10 | 22,64  |
|   |          |   |     |       | <b>Erstanbieter in RE1</b>                             |
| 75 mg Hartkaps  | 20 Stk.  | - | -   | 4,80  | 6,84   |
|   | 60 Stk.  | - | -   | 13,85 | 25,67  |
|   |          |   |     |       | <b>Erstanbieter in RE1</b>                             |
| 100 mg Hartkaps   | 30 Stk.  | - | -   | 8,45  | 9,19   |
|   | 90 Stk.  | - | -   | 23,90 | 33,84  |
|   |          |   |     |       | <b>Erstanbieter in RE1</b>                             |
| 150 mg Hartkaps   | 20 Stk.  | - | -   | 8,50  | 9,20   |
|   | 60 Stk.  | - | -   | 24,00 | 34,00  |
|   |          |   |     |       | <b>Erstanbieter in RE1</b>                             |
| 200 mg Hartkaps   | 30 Stk.  | - | -   | 12,45 | 13,59  |
|   | 90 Stk.  | - | -   | 35,30 | 46,85  |
|   |          |   |     |       | <b>Erstanbieter in RE1</b>                             |
| 300 mg Hartkaps   | 20 Stk.  | - | -   | 12,50 | 13,60  |
|   | 60 Stk.  | - | -   | 35,45 | 46,96  |
|   |          |   |     |       | <b>Erstanbieter in RE1</b>                             |
| Der Generikaanteil an den Verordnungen lag im August 2015, dem Monat der Aufnahme des 1. Generikums in den EKO bereits bei 20 %! Das unterstreicht die Umsetzung des Ampelprinzips grün vor gelb. |          |   |     |       |  |
| <b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>  |          |   |     |       |  |
| <b>N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer</b>  |          |   |     |       |  |
| Pentiro 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.  | 30 Stk.  | - | (2) | 18,65 | 26,70  |
|   | 100 Stk. | - | -   | 51,05 | 71,95  |
| 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.   | 30 Stk.  | - | (2) | 18,65 | 29,75  |
|   | 100 Stk. | - | -   | 51,05 | 75,80  |
| 150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.   | 30 Stk.  | - | (2) | 18,65 | 32,80  |
|   | 100 Stk. | - | -   | 51,05 | 84,00  |
| 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.  | 30 Stk.  | - | (2) | 18,65 | Wirkstoffstärke beim Erst-<br>anbieter nicht vorhanden |
|   | 100 Stk. | - | -   | 51,05 |  |
| 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.   | 30 Stk.  | - | (2) | 18,65 | Wirkstoffstärke beim Erst-<br>anbieter nicht vorhanden |
|   | 100 Stk. | - | -   | 51,05 |  |
| Das 3. Nachfolgepräparat von Stalevo bietet einen großen Preisvorteil und zusätzliche Wirkstoffstärken.   |          |   |     |       |  |

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2015)

| Präparat  | Menge   | T | OP  | KVP € | max. Kostenersparnis<br>€ pro Packung*                                 |
|---|---------|---|-----|-------|--|
| <b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>  |         |   |     |       |  |
| <b>N05AH04 Quetiapin</b>  |         |   |     |       |  |
| Quetialan XR 50 mg Retardtabl.  | 10 Stk. | - | (2) | 2,20  | 0,55   |
|   | 30 Stk. | - | -   | 5,35  | 2,85   |
| 150 mg Retardtabl.  | 10 Stk. | - | (2) | 5,00  | <b>Wirkstoffstärke beim Erst-<br/>anbieter nicht vorhanden</b>         |
|   | 30 Stk. | - | -   | 11,80 |  |
| <b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>   |         |   |     |       |  |
| <b>N06AX21 Duloxetin</b>  |         |   |     |       |  |
| Duloxetin „ratiopharm“<br>30 mg magensaftresistente Hartkaps.   | 14 Stk. | - | (2) | 5,25  | <b>Packungsgröße beim Erst-<br/>anbieter nicht vorhanden<br/>15,63</b> |
|   | 30 Stk. | - | -   | 11,00 |  |
| 60 mg magensaftresistente Hartkaps.   | 14 Stk. | - | (2) | 8,80  | <b>Packungsgröße beim Erst-<br/>anbieter nicht vorhanden<br/>19,86</b> |
|   | 30 Stk. | - | -   | 18,10 |  |
| Frei verschreibbar für eine(n) Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie (N) bzw. eine(n) Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie (P) |         |   |     |       |  |

### Aufnahme von biologischen Nachfolgepräparaten (Biosimilars) in den Grünen Bereich:

| Präparat  | Menge  | T | OP | KVP €  | max. Kostenersparnis<br>€ pro Packung* |
|---|--------|---|----|--------|--|
| <b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>  |        |   |    |        |  |
| <b>L03AA02 Filgrastim</b>   |        |   |    |        |  |
| Accofil 30 Mio E/0,5 ml Inj.- oder Inf.lsg. Fertigspr.  | 5 Stk. | - | -  | 294,70 | 86,00                                  |
| 48 Mio E/0,5 ml Inj.- oder Inf.lsg. Fertigspr.  | 5 Stk. | - | -  | 452,00 | 136,50                                 |
| Accofil ist nach Ratiograstim und Zarzio das 3. Biosimilar von Neupogen. Der Verordnungsanteil der Biosimilars an Filgrastim beträgt derzeit ca. 80 %. Die Verordner haben damit eindrucksvoll dokumentiert, dass sie die Wirtschaftlichkeit im Verordnungsverhalten berücksichtigen. |        |   |    |        |  |

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat  | Menge                        | T       | OP | KVP € |       |
|---|------------------------------|---------|----|-------|-------|
| <b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>   |                              |         |    |       |       |
| <b>C10BA05 Atorvastatin und Ezetimib</b>  |                              |         |    |       |       |
| RE1   | Atozet 10 mg/10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | -  | -     | 51,90 |
| RE1   | 10 mg/20 mg Filmtabl.        | 30 Stk. | -  | -     | 51,90 |
| RE1   | 10 mg/40 mg Filmtabl.        | 30 Stk. | -  | -     | 51,90 |
| RE1   | 10 mg/80 mg Filmtabl.        | 30 Stk. | -  | -     | 51,90 |
| Bei PatientInnen mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie, wenn mit Atorvastatin in maximal verträglicher Dosierung ein LDL-Zielwert von kleiner als 70 mg/dl oder (bei Nichterreichung des LDL-Zielwerts) eine Reduktion des LDL-Cholesterins um mindestens 50 % nicht erreicht werden kann. |                              |         |    |       |       |

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2015)

| Präparat   | Menge                                      | T      | OP | KVP € |                 |
|--|--|--------|----|-------|-----------------|
| <b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>  |  |        |    |       |                 |
| <b>L04AC10 Secukinumab</b>   |  |        |    |       |                 |
| RE1  | <b>Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.</b> | 2 Stk. | -  | -     | <b>1.110,55</b> |
| RE1  | <b>150 mg Inj.lsg. Fertigen</b>            | 2 Stk. | -  | -     | <b>1.110,55</b> |
| <p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA.<br/>                     Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. –ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis.<br/>                     Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> |  |        |    |       |                 |

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

| Präparat   | Menge                        | ATC-Code | Streichung mit |
|--|------------------------------|----------|----------------|
| <b>Esomeprazol „Ranbaxy“ 20 mg magensaftresistente Tabl.</b> | 7 Stk.<br>14 Stk.<br>28 Stk. | A02BC05  | 01.11.2015     |
| <b>Esomeprazol „Ranbaxy“ 40 mg magensaftresistente Tabl.</b> | 14 Stk.<br>28 Stk.           | A02BC05  | 01.11.2015     |
| <b>Iffera 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.</b>  | 120 Hb.                      | R03AK11  | 01.11.2015     |
| <b>Iffera 125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.</b> | 120 Hb.                      | R03AK11  | 01.11.2015     |
| <b>Olanzapin „Ranbaxy“ 2,5 mg Tabl.</b>                      | 14 Stk.<br>28 Stk.           | N05AH03  | 01.11.2015     |
| <b>Olanzapin „Ranbaxy“ 5 mg Tabl.</b>                        | 14 Stk.<br>28 Stk.           | N05AH03  | 01.11.2015     |
| <b>Olanzapin „Ranbaxy“ 10 mg Tabl.</b>                       | 14 Stk.<br>28 Stk.           | N05AH03  | 01.11.2015     |
| <b>Stocrin 600 mg Filmtabl.</b>                              | 30 Stk.                      | J05AG03  | 01.11.2015     |
| <b>Tolterodin „ratiopharm“ 2 mg Filmtabl.</b>                | 20 Stk.<br>60 Stk.           | G04BD07  | 01.11.2015     |

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

| Präparat   | Menge  | T       | OP | KVP € |               |
|--|--|---------|----|-------|---------------|
| <b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>   |  |         |    |       |               |
| <b>L03AX13 Glatirameracetat</b>  |  |         |    |       |               |
| RE1<br>L12   | <b>Copaxone 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.</b> | 28 Stk. | -  | -     | <b>882,90</b> |
| <p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose.<br/>                     Kriterien bei Erstinstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5.<br/>                     Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.<br/>                     PatientInnen, die mit Glatirameracetat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.<br/>                     Glatirameracetat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p> |  |         |    |       |               |
| Die Dokumentation im Register ist nun vorgesehen.  |  |         |    |       |               |

**Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:**

| Präparat   | Menge  | T      | OP | KVP € |               |
|--|--|--------|----|-------|---------------|
| <b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>  |  |        |    |       |               |
| <b>J06BB16 Palivizumab</b>   |  |        |    |       |               |
| RE1  | <b>Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 0,5 ml Dfl.</b><br><i>vormals Synagis 50 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i> | 1 Stk. | -  | -     | <b>556,30</b> |
| RE1  | <b>Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 1 ml Dfl.</b><br><i>vormals Synagis 100 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i>  | 1 Stk. | -  | -     | <b>907,45</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Erstverabreichung bei Entlassung während der RSV-Saison (November-März) durch das Krankenhaus, weitere Verschreibung und Folgeverabreichungen durch FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde.</li> <li>- Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 12 Monate sind.</li> <li>- Frühgeborene, die in der 29., 30., 31. oder 32. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind und Hochrisikokinder sind.</li> <li>- Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3 Monate sind und Hochrisikokinder sind.</li> <li>- Kinder unter zwei Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern.</li> <li>- Kinder mit chronischen Lungenerkrankungen (CLD) als Folge einer bronchopulmonalen Dysplasie bis zum Alter von 2 Jahren, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison noch eine Behandlung (z.B. Sauerstofftherapie) für die CLD erhalten haben. Die Prophylaxe im 2. Jahr sollte der schweren Form der CLD vorbehalten sein.</li> </ul> |  |        |    |       |               |

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

| Präparat  | Menge  | T | OP  | KVP €        |
|---|--------|---|-----|--------------|
| <b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>  |        |   |     |              |
| <b>M05BA04 Alendronsäure</b>  |        |   |     |              |
| <b>Alendronsäure „Bluefish“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl.</b>  | 4 Stk. | - | (2) | <b>12,50</b> |
| Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Ceutics“ Kautabl. 56 Stk. (Nahrungsergänzungsmittel)   |        |   |     |              |
| Aufnahme einer weiteren Packung mit Calcium-/Vit. D3-Nahrungsergänzungsmittel in Form von Kautabletten zusätzlich zu der im EKO angeführten Packung |        |   |     |              |
| <b>Alendronsäure „Bluefish“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ Kautabl. 56 St.</b>                                 |        |   |     |              |
| <b>M05BA07 Risedronsäure</b>  |        |   |     |              |
| <b>Risedronsäure „Bluefish“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.</b>  | 4 Stk. | - | (2) | <b>10,05</b> |
| Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Ceutics“ Kautabl. 56 Stk. (Nahrungsergänzungsmittel)   |        |   |     |              |
| Aufnahme einer weiteren Packung mit Calcium-/Vit. D3-Nahrungsergänzungsmittel in Form von Kautabletten zusätzlich zu der im EKO angeführten Packung |        |   |     |              |
| <b>Risedronsäure „Bluefish“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ Kautabl. 56 St.</b>                             |        |   |     |              |

B  K K

---

*Burgenländische  
Gebietskrankenkasse*

---