



Im Blickpunkt-Tipps

NEU im EKO

Sammelband Mai, Juni und Juli 2017

Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Juli 2017	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab Juni 2017	Seite 10
Änderungen im Erstattungskodex ab Mai 2017	Seite 14

Impressum und Offenlegung gemäß §§ 24, 25 Mediengesetz MedieninhaberIn und HerausgeberIn:

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche
Krankenversicherung, Siegfried Marcus-Straße 5, 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,

die gesetzlichen Änderungen im ASVG haben
wichtige Änderungen für die Medikamenten-
versorgung in Österreich gebracht:

- eine Vorgabe für den Preisvorteil von
Biosimilars für die Aufnahme in den EKO;
Benepali ist das erste Biosimilar, das nach
den neuen Richtlinien in den EKO
aufgenommen wurde
- eine Limitierung des Preisbandes auf 30 %
bei schon lang generisch verfügbaren
Substanzen; ab Oktober ist diese
Limitierung umzusetzen und wir werden
bald sehen, welche Präparate in der
Erstattung bleiben; es sind hunderte
Präparate von dieser Regelung betroffen
- umsatzstarke Präparate, die keinen
Antrag auf Aufnahme in den EKO stellen –
oft monopole Anbieter im Anwendungs-
gebiet - müssen künftig das Preislimit des
europäischen Durchschnittspreises
einhalten; damit sollten mehr Präparate in
den EKO aufgenommen werden und die
Transparenz in den Bewilligungsvorgaben
wird steigen

Einen schönen Sommer und
freundliche Grüße

DI Berthold Reichardt

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2017

Informationsstand Juli 2017

ROT



GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09BA05 Ramipril und Diuretika					
Ramipril/HCT „Krka“ 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	-(2)	2,85	4,59
5 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	-T2	-(2)	4,90	4,38
Über 250.000 PatientInnen erhielten im 1. Quartal 2017 ein Kombinationspräparat eines ACE-Hemmers mit einem Diuretikum. Der Preisvergleich im Ökotool weist Ramipril/HCT Krka als besonders kostengünstiges Generikum aus.					
N03 ANTIEPILEPTIKA					
N03AX15 Zonisamid					
Zonibon 25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	6,00	20,15 (Erstanbieter in RE2)
50 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	11,70	24,23 (Erstanbieter in RE2)
100 mg Hartkaps.	30 Stk. 100 Stk.	-	-	22,70 64,85	41,51 107,45 (Erstanbieter in RE2)
IND: Behandlung von partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung					
Der erste Nachfolger von Zonegran weist in allen Stärken und Packungsgrößen einen deutlichen Preisvorteil auf. Nach den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise sollte generisches Zonisamid daher bevorzugt verordnet werden. Zusätzlich entfällt die Dokumentationspflicht im Rahmen der nachfolgenden Kontrolle, da sich Zonibon im Grünen Bereich des EKO befindet.					

ROT



GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AB14 Valganciclovir					
RE2 Valganciclovir „Accord“ 450 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	625,70	478,20
Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben.					
Knapp drei Verordnungen erhält ein Valganciclovir-Patient im Mittel. Innerhalb weniger Monate sollte daher die Umstellung auf die kostengünstigeren Generika allein über Neueinstellungen möglich sein.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2017)

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AB01 Etanercept						
RE2	Benepali 50 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	4 Stk.	-	-	636,70	375,10 (Erstanbieter in RE1)
RE2	50 mg Inj.lsg. Fertigspr (PM)	4 Stk.	-	-	636,70	375,10 (Erstanbieter in RE1)
<p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (AS, Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwere aktive axiale Spondyloarthritis erwachsener PatientInnen ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Diagnose, Erstverordnung, Therapieeinstellung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Zentren.</p> <p>5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, in einer Dosierung von maximal 50 mg pro Woche. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Über 5.000 PatientInnen wurden 2016 mit Etanercept behandelt. Dafür wurden über € 40 Mio. Krankenversicherungsgelder eingesetzt. Mit Benepali können zum gleichen Betrag deutlich mehr PatientInnen mit einer Autoimmunerkrankung behandelt werden. Benepali ist das mit Abstand kostengünstigste Biologikum.</p>						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD19 Linagliptin und Empagliflozin					
RE2	Glyxambi 10 mg/5 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	-	-	81,75
RE2	25 mg/5 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	-	-	81,75
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. 					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: April 2017)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BX03 Abirateron					
RE1	Zytiga 500 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	-	-	3.032,95
<p>Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> • PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und • Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und • einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und • einem Wert von 0 bis höchstens 3 für den stärksten Schmerz innerhalb der letzten 24 Stunden auf einer von 0 bis 10 reichenden Numeric Rating Scale (NRS) - zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.</p> <p>Die Verwendung ist ident zu der im Gelben Bereich des EKO für die Dosierung 250 mg angeführten. Die gesamte Tagesdosis kann nunmehr mit reduzierter Tablettenanzahl eingenommen werden.</p>					
R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT					
R07AX02 Ivacaftor					
RE1	Kalydeco 150 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	18.502,10
<p>Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren (größer gleich 25 kg) und mittels validiertem Testverfahren festgestellter für Ivacaftor geeigneter Mutation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem/einer Arzt/Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind bei Neueinstellungen auch vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach jährlich durchzuführen. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind bei Neueinstellungen auch für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Schweiß-Chlorid Level und Lungenfunktionsparameter (FEV1) Werte sind bei Neueinstellungen auch vor Therapiebeginn, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist zu beenden, wenn <ul style="list-style-type: none"> • sich das FEV1 (%) um weniger als 5 % im Vergleich zur Baseline verbessert und • Schweiß-Chlorid Level über 60 mmol/l bleiben oder im Vergleich zur Baseline um weniger als 30 % fallen und • altersentsprechend keine vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. - Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). - Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.6.2019. <p>Kalydeco ist ein CFTR-Potentiator, erhöht also die Wahrscheinlichkeit, dass der bei der zystischen Fibrose defekte Chloridionenkanal (CFTR) offen bleibt. Da für die Wirksamkeit des Präparates bestimmte Gendefekte vorliegen müssen, ist ein personalisierter Einsatz möglich. Eine Verbesserung des FEV1 % wurde in doppelblinden, randomisierten placebokontrollierten Zulassungsstudien nachgewiesen.</p>					
RE1	Kalydeco 50 mg Gran. Btl.	56 Stk.	-	-	18.502,10
RE1	75 mg Gran. Btl.	56 Stk.	-	-	18.502,10

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 2 Jahren (kleiner 25 kg) und mittels validiertem Testverfahren festgestellter für Ivacaftor geeigneter Mutation. <ul style="list-style-type: none"> - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem/einer Arzt/Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind bei Neueinstellungen auch vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach jährlich durchzuführen. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind bei Neueinstellungen auch für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Schweiß-Chlorid Level sind bei Neueinstellungen auch vor Therapiebeginn, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist zu beenden, wenn <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid Level über 60 mmol/l bleiben oder im Vergleich zur Baseline um weniger als 30 % fallen und • altersentsprechend keine vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. - Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). - Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.6.2019. 				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Avonex 30 mcg/1 ml Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. (Bio-Set)	4 Stk.	L03AB07	01.07.2017
Betaisodona Mund-Antiseptikum	120 ml	R02AA15	01.07.2017
Bezafibrat „1A Pharma“ retard 400 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AB02	01.07.2017
Dorzolamid comp „ratiopharm“ 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml	S01ED51	01.07.2017
Erythrocin 500 mg Filmtabl.	12 Stk.	J01FA01	01.07.2017
Fenistil 24 Stunden retard 4 mg Kaps.	10 Stk. 30 Stk.	R06AB03	01.07.2017
Roferon-A „Roche“ 4,5 Mio IE/0,5 ml Fertigspr.	12 Stk.	L03AB04	01.07.2017
Roferon-A „Roche“ 6 Mio IE/0,5 ml Fertigspr.	12 Stk.	L03AB04	01.07.2017

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06AB10 Escitalopram				
Escitalopram „Sandoz“ 20 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg.	1 Stk. 15 ml	-	-	6,65
Änderung auf frei verschreibbar				

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2017)

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AH03 Olanzapin				
Olanzapin „Sandoz“ 20 mg Schmelztabl.	7 Stk.	-	(2)	17,55
Streichung der 28 Stk.-Pkg.				

Änderung der Verwendung bzw. auch des ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX14 Alirocumab					
RE1	Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	431,95
RE1	150 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	431,95
<p>Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit</p> <ul style="list-style-type: none"> – wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und – wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und – wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 100 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. <p>Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.</p> <p>Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter [www.hauptverband.at] publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrenen Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 – 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl erreicht wurde.</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2018.</p> <p>Die Aufnahme von Praluent war befristet und wurde nun bis 30.6.2018 verlängert.</p>					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AP09 Dasabuvir (vormals J05AX16)					
RE1	Exviera 250 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	-	-	820,55
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Genotyp 1a ohne Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Ribavirin für 12 Wochen – Genotyp 1a mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Ribavirin für 24 Wochen – Genotyp 1b ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir für 12 Wochen. 8 Wochen können bei nicht vorbehandelten Genotyp-1b-PatientInnen mit minimaler bis moderater Fibrose in Betracht gezogen werden. 					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additiv-fach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2019.</p>					
J05AP53 Ombitasvir, Paritaprevir und Ritonavir (vormals J05AX67)					
RE1	Viekirax 12,5 mg/75 mg/50 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	-	-	9.178,95
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C. – Genotyp 1a ohne Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir und Ribavirin für 12 Wochen – Genotyp 1a mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir und Ribavirin für 24 Wochen – Genotyp 1b ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir für 12 Wochen. 8 Wochen können bei nicht vorbehandelten Genotyp-1b-PatientInnen mit minimaler bis moderater Fibrose in Betracht gezogen werden. – Genotyp 4 ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additiv-fach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2019.</p>					

Änderung von ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AP01 Ribavirin (vormals J05AB04)					
RE2	Copegus 200 mg Filmtabl.	168 Stk.	-	-	392,30
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C als Teil einer Kombinationstherapie. Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/ eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					
RE2	Moderiba 200 mg Filmtabl.	168 Stk.	-	-	392,30
	400 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	267,55
	600 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	392,30
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C als Teil einer Kombinationstherapie. Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					
RE2	Rebetol 200 mg Hartkaps.	84 Stk. 168 Stk.	- -	- -	270,10 519,55
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C als Teil einer Kombinationstherapie. Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/ eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE2	Rebetol 40 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	100 ml	-	-	123,00
<p>Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 Jahren und älter bis 47 kg in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum-HCV-RNA, ausschließlich als Teil einer Kombinationstherapie mit Interferon alfa-2b.</p> <p>Cave: Nicht bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. Non-Responder – kein virologisches Ansprechen (zumindest 99 prozentige Reduktion der HCV-RNA) nach 12 Wochen Kombinationstherapie, daher keine Fortsetzung der Therapie. Behandlungsdauer: 24 Wochen (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1). Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					
J05AP54 Elbasvir und Grazoprevir (vormals J05AX68)					
RE1	Zepatier 50 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	9.975,80
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C. - Genotyp 1 oder 4 ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: für 12 Wochen Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2018.</p>					
J05AP55 Sofosbuvir und Velpatasvir (vormals J05AX)					
RE1	Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	18.846,15
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score). Genotyp 2: - bei PatientInnen ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen - bei PatientInnen mit dekomensierter Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen Genotyp 3: - bei PatientInnen ohne Zirrhose für 12 Wochen - bei PatientInnen mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit oder ohne Ribavirin für 12 Wochen - bei PatientInnen mit dekomensierter Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.4.2018.</p>					

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Juni 2017

Informationsstand Juni 2017

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03CX01 Tibolon					
Tiloria 2,5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	6,75	17,15
<i>IND: Bei schwerem klimakterischen Syndrom</i>					
Mit Liviel wurden im Jahr 2016 2.209 Patientinnen mit durchschnittlich 5,2 Packungen pro Patientin versorgt. Bei Tiloria entfällt die Vorbewilligungspflicht für diese Substanz. Dreimonatspackungen von Liviel können somit nicht mehr bewilligt werden.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE01 Imatinib					
Imatinib „HCS“ 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	289,55	335,20
400 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	555,15	669,70
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin</i>					
1.408 Patienten erhielten 2016 Imatinib. Der Kassenaufwand von ca. € 32,5 Mio. sollte sich durch die Verfügbarkeit von derzeit sechs Generika und dem angeführten Preisvorteil deutlich reduzieren.					
N04 ANTIPARKINSONMITTEL					
N04BD02 Rasagilin					
Rasagilin „Aristo“ 1 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- -	10,35 29,35	19,25 51,90 Erstanbieter nicht im EKO
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH04 Quetiapin					
Quetiapin „Sandoz“ 150 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	3,20 7,50	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
141 Quetiapin-Präparate verschiedener Stärken und Packungsgrößen zeigte das Ökotool im Mai 2017 an. Wichtig ist der Preisvorteil der Generika.					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX21 Duloxetin					
Duloxetin „Accord“ 30 mg magensaftresist. Hartkaps.	14 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	2,60 5,60	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 13,47 Erstanbieter nicht im EKO
60 mg magensaftresist. Hartkaps.	14 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	5,20 10,90	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 16,63 Erstanbieter nicht im EKO
N, P					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2017)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
R01 RHINOLOGIKA					
R01AD09 Mometason					
Mometason „ratiopharm“ 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray	18 g	-	-	5,70	5,40 Erstanbieter nicht im EKO
IND: Allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10BX06 Atorvastatin, Acetylsalicylsäure und Ramipril				
Trinomia 100 mg/20 mg/5 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	(2)	12,30
100 mg/20 mg/10 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	(2)	12,65
Häufig kombinierte Substanzen werden hier als Fixkombination angeboten.				
D05 ANTIPSORIATIKA				
D05AX52 Calcipotriol, Kombinationen				
Enstilar 50 mcg/g + 0,5 mg/g Schaum zur Anw. auf der Haut	60 g	-	-	61,15
D				
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07CC01 Betamethason und Antibiotika				
Fusicutan 20 mg/g + 1 mg/g Creme	15 g	-	-	5,05
Streichung der 10 Stk.-Packung				

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AF09 Emtricitabin				
RE1 Emtriva 200 mg Hartkaps. PM	30 Stk.	-	-	250,70
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen größer gleich 33 kg Körpergewicht. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.				

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2017)

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Captopril/HCT „ratiopharm“ Tabl.	30 Stk.	C09BA01	01.06.2017
Felden 20 mg lösbl. Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC01	01.06.2017
Niften mite Kaps.	28 Stk.	C07FB03	01.06.2017

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07AB02 Metoprolol				
Metoprololtartrat „Hexal“ 50 mg Tabl.	20 Stk.	-	(2)	1,90
Streichung der 50 Stk.-Packung				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE27 Ibrutinib					
RE1	Imbruvica 140 mg Hartkaps. (PM)	90 Stk.	-	-	5.712,90
		120 Stk.	-	-	7.608,95
<p>Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen</p> <ol style="list-style-type: none"> mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL) <ul style="list-style-type: none"> – die aufgrund reduzierten körperlichen Zustands für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder – die aufgrund einer 17p Deletion oder einer TP53 Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL) mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW) <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämatoonkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.5.2019.</p>					
Die bestimmte Verwendung wurde um die Diagnose Morbus Waldenström erweitert.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2017)

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA02 Donepezil					
RE2	Donepezil „ratiopharm“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	7,10
L6		30 Stk.	-	-	20,05
<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). 					
Austausch der 7 Stk.-Pkg. auf eine 10 Stk.-Pkg.					

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Mai 2017

Informationsstand Mai 2017

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C02 ANTIHYPERTONIKA					
C02CA06 Urapidil					
Uratens 30 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	-	6,05	5,25 Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	-	-	11,75	
60 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	-	10,10	8,70 Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	-	-	19,60	
Bei einer 2 x 1-Dosierung steht nun als Nachfolger von Ebrantil die 60-Stück-Packung als Monatsbedarf zur Verfügung.					
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J01CR02 Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren					
Amoxistad plus 875 mg/125 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	8,10	1,70
	15 Stk.	-	-	9,70	2,25
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE01 Imatinib					
Imagerolan 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	289,55	335,20 Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	90 Stk.	T2	-	422,55	
400 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	555,15	669,70 Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	T2	-	1.085,65	
IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin					
Imatinib „Accord“ 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	179,20	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 284,10 Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	-	-	340,65	
	90 Stk.	-	-	492,75	
400 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	648,75	576,10 Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	-	-	1.272,85	
IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin					
Imatinib „Mylan“ 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	340,65	284,10
400 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	648,75	576,10
IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2017)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Imatinib „Sandoz“ 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	340,65	284,10
400 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	648,75	576,10
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin</i>					
Imatinib „Teva“ 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	340,65	284,10
400 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	648,75	576,10
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n hämato-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin</i>					
Eine besonders wirtschaftliche Alternative stellt – unter Beachtung der Zulassung – die bevorzugte Verordnung dieser Generika dar, ermöglichen sie doch eine Therapie zum halben Preis von Glivec. Auf den besonderen Preisvorteil von Imagerolan aufgrund einer zusätzlichen freiwilligen Preissenkung wird hingewiesen. Außerdem stehen für Imagerolan und Imatinib Accord zusätzliche Packungsgrößen zur Verfügung.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH04 Quetiapin					
Quetiapin „Bluefish“ 200 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	3,95	2,95
	30 Stk.	-	(2)	9,25	6,70
300 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,35	3,95
	60 Stk.	-	-	23,60	10,90
400 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	6,65	4,55
	60 Stk.	-	-	28,55	12,85
Auch nach einer Preissenkung von Seroquel XR ist dessen Wirtschaftlichkeit mit einem Aufpreis von bis zu € 12,85 pro Monatspackung nicht gegeben.					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX21 Duloxetin					
DuloxeHexal	14 Stk.	-	(2)	2,90	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
30 mg magensaftresist. Hartkaps.	30 Stk.	-	-	6,20	12,91 (Erstanbieter nicht im EKO)
60 mg magensaftresist. Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	5,80	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	12,10	15,51 (Erstanbieter nicht im EKO)
N, P					
Duloxetin „1A Pharma“	14 Stk.	-	(2)	2,90	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
30 mg magensaftresist. Hartkaps.	30 Stk.	-	-	6,20	12,91 (Erstanbieter nicht im EKO)
60 mg magensaftresist. Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	5,80	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	12,10	15,51 (Erstanbieter nicht im EKO)
N, P					
Es stehen neun Generika mit dem Wirkstoff Duloxetin im EKO. Cymbalta ist wegen Unwirtschaftlichkeit nicht mehr im EKO angeführt und kann daher auch nicht bewilligt werden.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2017)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:


Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09DB07 Candesartan und Amlodipin				
CandAm 8 mg/5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(2)	8,70
16 mg/5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(2)	8,70
16 mg/10 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(2)	8,70
Manche Fixkombinationen eines ARB mit Amlodipin wie Exforge, Amelior, Sevikar oder Twynsta kosten zwischen 28 und 30 Euro pro 30 Stück. CandAm ist daher eine wirtschaftlich äußerst attraktive Alternative.				
S01 OPHTHALMIKA				
S01AD03 Aciclovir				
Zovirax 3% Augensalbe	4,5 g	-	-	10,05
<i>IND: Herpes simplex corneae</i>				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AR02 Lamivudin und Abacavir						
RE2	Abacavir/Lamivudin „Sandoz“ 600 mg/300 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	230,50	200,20
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen ab 25 kg Körpergewicht. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Abacavir/Lamivudin „Sandoz“ ist der erste Nachfolger von Kivexa.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD21 Saxagliptin und Dapagliflozin					
RE2	Qtern 5 mg/10 mg Filmtabl. 	28 Stk.	-	-	76,80
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II					
<ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Saxagliptin/Dapagliflozin wird in Kombination mit Pioglitazon nicht erstattet. 					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2017)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AX Andere antivirale Mittel					
RE1	Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	18.846,15
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score).</p> <p>Genotyp 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei PatientInnen ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen - bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen <p>Genotyp 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei PatientInnen ohne Zirrhose für 12 Wochen - bei PatientInnen mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit oder ohne Ribavirin für 12 Wochen - bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen <p>Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.</p> <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.</p> <p>Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen.</p> <p>Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.04.2018.</p>					
J05AX68 Elbasvir und Grazoprevir					
RE1	Zepatier 50 mg/100 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	9.975,80
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genotyp 1 oder 4 ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: für 12 Wochen. <p>Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.</p> <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.</p> <p>Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen.</p> <p>Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2018.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Bisoprolol comp „ratiopharm“ Filmtabl.	30 Stk.	C07BB07	01.05.2017
Captopril „ratiopharm“ 25 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	C09AA01	01.05.2017
Captopril „ratiopharm“ 50 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA01	01.05.2017
Captopril/HCT forte „ratiopharm“ 50 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	C09BA01	01.05.2017
Captopril/HCT mite „ratiopharm“ 25 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09BA01	01.05.2017
Cromoglin Nasenspray	15 ml	R01AC01	01.05.2017

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Diclobene 25 mg Filmtabl.	30 Stk. 50 Stk.	M01AB05	01.05.2017
Dorzolamid + Timolol „Sandoz“ 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml	S01ED51	01.05.2017
Doxystad 100 mg Tabs lös. Tabl.	5 Stk.	J01AA02	23.03.2017
FemSeven 50 mcg/24 h Depot-Pflaster	4 Stk.	G03CA03	01.05.2017
FemSevenCombi Depot-Pflaster	4 Stk.	G03FB09	01.05.2017
Fentanyl „Hexal“ 75 mcg/h Depot-Pflaster	5 Stk.	N02AB03	01.05.2017
Fluvastatin „Actavis“ 40 mg Kaps.	30 Stk.	C10AA04	01.05.2017
Isotretinoin „ratiopharm“ 10 mg Kaps.	30 Stk.	D10BA01	01.05.2017
Isotretinoin „ratiopharm“ 20 mg Kaps.	30 Stk.	D10BA01	01.05.2017
Nifedipin retard 20 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C08CA05	01.05.2017
Oxybutynin „ratiopharm“ 5 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	G04BD04	01.05.2017
Prodafem 10 mg Tabl.	30 Stk.	G03DA02	01.05.2017
Valsartan/HCT „ratiopharm“ 120 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.05.2017

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07CB03 Atenolol und andere Diuretika				
Atenolan comp. Filmtabl.	50 Stk.	T2	-	16,10
Streichung der 20 Stk.-Packung				
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Lafene 12 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	8,45 15,75
25 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	15,80 29,85
50 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	25,60 48,05
75 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	33,60 64,65
100 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	40,20 77,35
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
SG				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße von 10 Stk.				
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BC05 Pramipexol				
Pramipexol „Actavis“ 0,088 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	3,75
Streichung der 10 Stk.-Packung				



Burgenländische Gebietskrankenkasse