



# Im Blickpunkt-Tipps

## NEU im EKO

Sammelband Februar, März und April 2018

# Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab April 2018	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab März 2018	Seite 7
Änderungen im Erstattungskodex ab Februar 2018	Seite 12

## **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,

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: Bilderbox

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher  
Genehmigung der BGKK gestattet

# Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch dank der Berücksichtigung der  
Wirtschaftlichkeit beim Rezeptieren werden die  
meisten SV-Träger – auch die BGKK – das Jahr  
2017 mit einem Jahresüberschuss abschließen.

Folgende Neuerungen/Änderungen im EKO  
sind hervorzuheben:

- Mit Epclusa, Maviret, Viekirax und Zepatier  
kann nun die Hepatitis C interferonfrei und  
ohne Limitierung auf einen Fibrosegrad mit  
unterschiedlichen Präparaten eradiziert  
werden.
- 28 Jahre nach der Zulassung endet die  
Erstattungsfähigkeit von NeoRecormon für  
die meisten Wirkstärken. Es stehen  
kostengünstigere Biosimilars als Alternative  
zur Verfügung.
- Laut Abrechnung vom Februar werden die  
nicht mehr im EKO angeführten Präparate  
bzw. Wirkstärken von Glucophage,  
Parkemed, Subutex kaum noch rezeptiert.

Für die SV-Träger sehr wichtig ist die  
generische Verfügbarkeit von Rosuvastatin im  
Grünen Bereich, die mit Mai erwartet wird.

Freundliche Grüße  
DI Berthold Reichardt

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab April 2018

## Informationsstand April 2018

ROT



GRÜN

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>B03 ANTIANÄMIKA</b>					
<b>B03BB01 Folsäure</b>					
Gerofol 5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	4,00	<b>2,68</b>
Gerofol ist das erste Nachfolgepräparat zu Folsan.					
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01CR02 Amoxicillin und Beta-Lactamase-Inhibitoren</b>					
Clavamox 875 mg/125 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	7,75	<b>1,65</b>
	14 Stk.	T2	-	8,95	<b>2,35</b>
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02AE01 Buprenorphin</b>					
Buprenocan 35 mcg/h transderm. Pflaster	4 Stk.	-	-	16,90	<b>8,40</b>
	8 Stk.	-	-	31,95	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
52,5 mcg/h transderm. Pflaster	4 Stk.	-	-	22,20	<b>12,50</b>
	8 Stk.	-	-	41,65	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
70 mcg/h transderm. Pflaster	4 Stk.	-	-	27,35	<b>15,50</b>
	8 Stk.	-	-	51,40	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>					
SG					
Buprenorphin „1A Pharma“ 35 mcg/h transderm. Pflaster	4 Stk.	-	-	16,90	<b>8,40</b>
	8 Stk.	-	-	31,95	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
52,5 mcg/h transderm. Pflaster	4 Stk.	-	-	22,20	<b>12,50</b>
	8 Stk.	-	-	41,65	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
70 mcg/h transderm. Pflaster	4 Stk.	-	-	27,35	<b>15,50</b>
	8 Stk.	-	-	51,40	Packungsgröße beim Erst-anbieter nicht vorhanden
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>					
SG					
Die generischen Buprenorphin Pflaster haben durch die Packungsgröße zu 8 Stück und den Wegfall von Rezeptgebühren auch einen 50 %igen Kostenvorteil für die Patienten.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: April 2018)

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

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03AL09 Formoterol, Glycopyrroniumbromid und Beclometason</b>				
<b>Trimbow 87 mcg/5 mcg/9 mcg Druckgasinhalation, Lsg. (PM)</b>	120 Hb.	-	-	<b>73,55</b>
<i>IND: COPD ab GOLD 3 und COPD Assessment Test (CAT) größer gleich 10 Punkte, wenn trotz einer täglichen maximal dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) oder einem langwirkenden Beta2-Agonisten plus inhalativem Corticosteroid (LABA + ICS) mindestens zwei Exazerbationen oder mindestens eine Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftraten, nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i>				



**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>						
RE2 L6	<b>Rivagelan 4,6 mg/24h transderm. Pflaster</b>	7 Stk.	-	-	10,20	<b>9,10</b>
		30 Stk.	-	(2)	40,00	<b>36,80</b>
RE2 L6	<b>9,5 mg/24h transderm. Pflaster</b>	30 Stk.	-	(2)	40,00	<b>36,80</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>						
Über alle Stärken gerechnet beträgt der generische Verordnungsanteil bei Rivastigmin Pflastern 44,5 %. Dieser sollte auf Grund des Preisvorteils erhöht werden.						

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



Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE42 Ribociclib</b>					
RE1	<b>Kisqali 200 mg Filmtabl. (PM)</b>	21 Stk.	-	-	<b>1.184,90</b>
		42 Stk.	-	-	<b>2.345,10</b>
		63 Stk.	-	-	<b>3.505,30</b>
<p>Als Erstlinientherapie bei postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs in Kombination mit einem Aromatasehemmer. Kein Einsatz bei kritischer viszeraler Erkrankung.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n gynäko-onkologisch spezialisierte/n Facharzt/ Fachärztin. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2022.</p>					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: April 2018)

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Demelan 5 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06DA02	01.04.2018
Demelan 10 mg Schmelztabl.	30 Stk.	N06DA02	01.04.2018
Diclofenac „Genericon“ 1 % Gel	40 g	M02AA15	01.04.2018
Helixate NexGen 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.04.2018
Latanoprost „ratiopharm“ 50 mcg/ml Augentropf.	2,5 ml	S01EE01	01.04.2018
Mysteclin Ovula	6 Stk.	G01AA	01.04.2018
NeoRecormon 500 IE Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.04.2018
NeoRecormon 2.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.04.2018
NeoRecormon 3.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.04.2018
NeoRecormon 4.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.04.2018
NeoRecormon 5.000 IE Inj.lsg. Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.04.2018
Mit Abseamed, Binocrit, Eporatio und Retacrit stehen vier kostengünstigere Alternativprodukte zu NeoRecormon im EKO.			
Ramipril „Genericon“ 2,5 mg Kaps.	30 Stk.	C09AA05	01.04.2018
Simvastatin „Bayer“ 20 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Aspiricor 100 mg Filmtabl. 30 Stk.	30 Stk.	C10AA01	01.04.2018
Simvastatin „Bayer“ 40 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Aspiricor 100 mg Filmtabl. 30 Stk.	30 Stk.	C10AA01	01.04.2018
Simvastatin „Interpharm“ 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	01.04.2018
Tamoxifen „ratiopharm“ 30 mg Tabl.	30 Stk.	L02BA01	01.04.2018
Venoruton 300 mg Drag.	50 Stk.	C05CA01	01.04.2018
Zerlinda 4 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	M05BA08	01.04.2018

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BG03 Pioglitazon</b>				
Actos 15 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	<b>9,10</b>
30 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	<b>9,10</b>
45 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	<b>9,10</b>
<i>IND: wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird</i>				
<b>G04 UROLOGIKA</b>				
<b>G04BD08 Solifenacin</b>				
Vesicare 5 mg Filmtabl. 	10 Stk. 30 Stk.	- -	- -	<b>11,55</b> <b>32,80</b>
10 mg Filmtabl. 	30 Stk.	-	-	<b>36,30</b>

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>				
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>				
Levetiracetam „+pharma“ 500 mg Filmtabl.	100 Stk.	T2	-	<b>32,05</b>
1000 mg Filmtabl.	100 Stk.	T2	-	<b>52,55</b>
Jeweils Streichung der 60 Stk.-Packung				
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>				
<b>N06AB06 Sertralin</b>				
Sertralin „Interpharm“ 100 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	-	<b>3,90</b>
Streichung der 30 Stk.-Packung				

**Änderung der Verwendung in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AF07 Tenofovir Disoproxil</b>				
RE2 L6 Viread 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	<b>270,90</b>
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>- HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist.</li> </ul> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> </ul> <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die bestimmte Verwendung wurde an jene der Nachfolgepräparate angeglichen. Es sind mehrere wirkstoffgleiche, wesentlich kostengünstigere Präparate im EKO verfügbar.</p>				

## Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab März 2018 Informationsstand März 2018

**ROT****GRÜN****Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01CR02 Amoxicillin und Beta-Lactamase-Inhibitoren</b>					
Amoxicillin/Clavulansäure „Krka“ 500 mg/125 mg Filmtabl.	12 Stk.	-	(2)	6,50	<b>2,20</b>
875 mg/125 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	7,95	<b>1,45</b>
	14 Stk.	-	-	9,10	<b>2,20</b>
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02BE01 Paracetamol</b>					
Paracetamol „Accord“ 500 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	0,60	<b>0,20</b>
	30 Stk.	T2	-	1,75	<b>0,75</b> Erstanbieter nicht im EKO

**ROT****GELB****Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AF07 Tenofovir Disoproxil</b>						
RE2 L6	Tenofovirdisoproxil „Aristo“ 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	147,10	<b>301,50</b> Preismodell beim Erstanbieter
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>- HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist.</li> </ul> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> </ul> <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>						

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2018)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>J05AF10 Entecavir</b>						
RE2 L6	<b>Entecavir „ratiopharm“ 0,5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	220,00	<b>224,40</b>
<p>Bei Nukleosid-naiven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>– bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Entecavir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>						
RE2 L6	<b>Entecavir „ratiopharm“ 1 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	-	220,00	<b>241,05</b>
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</li> <li>– bei dekompensierter Lebererkrankung</li> </ul> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>– bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Entecavir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Entecavir „ratiopharm“ ist die wirtschaftlichere Alternative zu Baraclude. Im individuellen Einzelfall kann die 1 mg Filmtablette auch geteilt werden.</p>						

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10AE06 Insulin degludec</b>					
RE2 L12	<b>Tresiba 100 E/ml Fertigpen (PM)</b>	5 Stk.	-	-	<b>80,60</b>
RE2 L12	<b>100 E/ml Patrone (PM)</b>	5 Stk.	-	-	<b>80,60</b>
<p>Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist.</p> <p>Insulin degludec eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 28.2.2023.</p> <p>Alle Insuline sind im Grünen Bereich oder im dokumentationspflichtigen hellgelben RE2- Bereich des EKO. Nur Levemir ist aus Preisgründen vorbewilligungspflichtig. Neueinstellungen auf Levemir sind daher in der Regel nicht wirtschaftlich.</p>					



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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Capecitabin „medac“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	L01BC06	01.03.2018
Capecitabin „medac“ 500 mg Filmtabl.	120 Stk.	L01BC06	01.03.2018
Gabadal 400 mg Kaps.	100 Stk.	N03AX12	01.03.2018
Gabadal 800 mg Kaps.	100 Stk.	N03AX12	01.03.2018
Imigran Supp.	6 Stk.	N02CC01	01.03.2018
Olanzapin „Mylan“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.03.2018
Omeprazol „Arcana“ 10 mg magensaftresistente Kaps.	30 Stk.	A02BC01	01.03.2018
Omeprazol „Arcana“ 20 mg magensaftresistente Kaps.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC01	01.03.2018
Omeprazol „Arcana“ 40 mg magensaftresistente Kaps.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC01	01.03.2018
Pioglitazone „Actavis“ 15 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.03.2018
Pioglitazone „Actavis“ 30 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.03.2018
Pioglitazone „Actavis“ 45 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.03.2018
Protelos 2 g Gran. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen	28 Stk.	M05BX03	01.03.2018
Risedronat „ratiopharm“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „ratiopharm“ Brausetabl. 60 Stk.	4 Stk.	M05BA07	01.03.2018
Risedronat „ratiopharm“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „ratiopharm“ Kautabl. 60 Stk.	4 Stk.	M05BA07	01.03.2018
Risedronat „ratiopharm“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 Tabl. (Nahrungsergänzungsmittel)	4 Stk.	M05BA07	01.03.2018
Terbinafin „Actavis“ 250 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	D01BA02	01.03.2018

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>P01 MITTEL GEGEN PROTOZOEN-ERKRANKUNGEN</b>				
<b>P01AB01 Metronidazol</b>				
Anaerobex Filmtabl.	10 Stk. 14 Stk. 20. Stk.	T2 T2 T2	- - -	<b>7,35</b> <b>10,05</b> <b>14,15</b>
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 20 Stk. Mit der 20 Stück Packung können weitere Anwendungsgebiete zulassungskonform mit einer Packung austherapiert werden.				
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03BA02 Budesonid</b>				
Miflonide Breezhaler 200 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	60 Stk.	-	(2)	<b>9,05</b>
Austausch der 120 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg. und Änderung der Bezeichnung (vormals Miflonide 200 mcg Kaps. zur Trockeninhalation). Die Bezeichnung für die 400 mcg-Packung wurde in analoger Weise geändert.				

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>				
<b>S01BC05 Ketorolac</b>				
KetoVision 5 mg/ml Augentropf. <i>vormals Ketorolac „Medicopharm“ 5 mg/ml Augentropf.</i>	5 ml	-	-	<b>5,25</b>

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10AD06 Acipimox</b>				
RE1 L6 <b>Olbetam Kaps.</b>	60 Stk.	-	-	<b>23,40</b>
Eine Kostenübernahme ist nur möglich, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				
Streichung der 30 Stk.-Packung				

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>				
<b>C02KX01 Bosentan</b>				
RE1 <b>Tracleer 62,5 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>1.500,20</b>
RE1 <b>125 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>1.551,20</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.</li> <li>- Bei vorbehandelter Sklerodermie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen.</li> </ul> Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.				
Bosentan ist auch unter dem Handelsnamen Stayveer und einem Preisvorteil von bis zu € 436,15 pro Monatspackung verfügbar. Die bestimmte Verwendung von Tracleer wurde nun angepasst.				
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AP55 Sofosbuvir und Velpatasvir</b>				
RE1 <b>Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	-	-	<b>14.792,40</b>
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C. Genotypen 1, 2, 4, 5, 6: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei PatientInnen ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen</li> <li>- bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> </ul> Genotyp 3: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei PatientInnen ohne Zirrhose für 12 Wochen</li> <li>- bei PatientInnen mit kompensierter Zirrhose in Kombination mit oder ohne Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>- bei PatientInnen mit dekompensierter Zirrhose in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> </ul> 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. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 29.2.2020.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XX47 Idelalisib</b>					
RE1	<b>Zydelig 100 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	<b>3.868,95</b>
RE1	<b>150 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	<b>3.868,95</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit rezidivierender oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die für eine Chemotherapie nicht geeignet sind.</li> <li>- Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von erwachsenen PatientInnen mit CLL als Erstlinientherapie bei Vorliegen einer 17p Deletion oder einer TP53 Mutation, die für keine anderen Therapien geeignet sind.</li> <li>- Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit follikulärem Lymphom (FL), welche refraktär nach zwei vorausgegangenen Therapien sind.</li> </ul> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen hämatonkologisch spezialisierten Facharzt/ eine Fachärztin.</p>					

## Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Februar 2018 Informationsstand Februar 2018



### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09DB07 Candesartan und Amlodipin</b>					
Candesartan/Amlodipin „Sandoz“ 8 mg/5 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	(2)	7,30	<b>0,88</b>
8 mg/10 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	(2)	7,30	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
16 mg/5 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	(2)	7,30	<b>0,88</b>
16 mg/10 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	(2)	7,30	<b>0,88</b>
Die Kombinationspräparate von Candesartan und Amlodipin kosten nur einen Bruchteil der Fixkombinationen von Olmesartan, Telmisartan oder Valsartan mit Amlodipin.					
<b>G04 UROLOGIKA</b>					
<b>G04CB02 Dutasterid</b>					
Dutasterid „Genericon“ 0,5 mg Weichkaps.	30 Stk.	-	(2)	6,60	<b>25,50</b> Erstanbieter nicht im EKO
U					
Nach der Aufnahme von Dutaglandin 0,5 mg Weichkaps. in den EKO per Jänner 2018 ist nun ein zweites Dutasterid Präparat verfügbar.					
Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02AE01 Buprenorphin</b>					
Bupretec 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	-	17,05	<b>8,25</b> Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	8 Stk.	-	-	32,25	
52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	-	22,40	<b>12,30</b> Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	8 Stk.	-	-	42,00	
70 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	-	27,55	<b>15,30</b> Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	8 Stk.	-	-	51,85	
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind</i>					
SG					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2018)

ROT



GELB

**Aufnahme Kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AF07 Tenofovir Disoproxil</b>						
RE2 L6	<b>Tenofoviridisoproxil „Stada“ 245 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	171,00	<b>277,60</b>
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>– HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist.</li> </ul> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>– bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Ca. 1.000 Patienten werden aktuell mit Tenofovir Disoproxil behandelt. Tenofoviridisoproxil „Stada“ ist hier ein kostengünstiges Präparat.</p>						
<b>J05AR03 Tenofovir Disoproxil und Emtricitabin</b>						
RE1	<b>Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil „Stada“ 200 mg/245 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	214,85	<b>511,85</b> <b>Erstanbieter nicht im EKO</b>
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Dies ist ein weiterer Nachfolger zu Truvada.</p>						
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>						
RE2 L6	<b>Rivastigmin „Sandoz“ 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	7 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	10,35 40,60	<b>8,95</b> <b>36,20</b>
RE2 L6	<b>9,5 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	30 Stk.	-	(2)	40,60	<b>36,20</b>
RE2 L6	<b>13,3 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	30 Stk.	-	(2)	40,60	<b>37,05</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– 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.</li> <li>– Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>– Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>– Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>– Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>– Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>– Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>– Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>– Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul> <p>40 % beträgt der generische Verordnungsanteil von Rivastigmin Pflastern im Dezember 2017 österreichweit. Auf Grund des angeführten Preisvorteils sollte dieser Generikaanteil zumindest verdoppelt werden.</p>						

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2018)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>						
<b>L04AB02 Infliximab</b>						
RE2	<b>Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	228,95	<b>201,01</b>
		2 Stk.	-	-	444,10	<b>391,45</b>
		3 Stk.	-	-	653,85	<b>587,15</b>
<b>(Preismodell für Remicade, Angabe Einsparpotential auf Basis Listenpreise)</b>						
<p>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 drug) inklusive Methotrexat, wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Infliximab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) bei PatientInnen 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>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. Infliximab kann im Falle einer Kontraindikation oder Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie.</p> <p>5. Mäßig bis schwergradig aktive Form von Morbus Crohn oder Morbus Crohn mit Fistelbildung bei Versagen oder Unverträglichkeit konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>6. Mittelschwere bis schwere Colitis ulcerosa bei Versagen oder Unverträglichkeit konventioneller medikamentöser Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>Die Behandlung mit Infliximab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> <p>Wenige Wochen nach der Aufnahme der Biosimilars Infliximab in den EKO haben diese im Dezember 2017 im niedergelassenen Bereich bereits einen Marktanteil an Verordnungen von über 50 % österreichweit.</p>						

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2018)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII</b>					
RE1	Afstyla 250 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	145,35
RE1	500 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	266,55
RE1	1000 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	513,00
RE1	1500 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	757,15
RE1	2000 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	1.001,35
RE1	2500 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	1.245,50
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
RE1	Alprolix 250 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	-	-	371,00
RE1	500 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	-	-	710,40
RE1	1000 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	-	-	1.396,15
RE1	2000 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	-	-	2.767,65
RE1	3000 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (PM)	1 Stk.	-	-	4.139,10
Bei schwerem angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) mit weniger als 1 % endogener Faktor IX-Aktivität: – zur Prophylaxe von Blutungen und – zur Therapie von unter dieser Prophylaxe aufgetretenen Blutungen Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AB01 Etanercept</b>					
RE1	Enbrel 25 mg Inf.lsg. Fertigpen (PM)	4 Stk.	-	-	371,00
<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 polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern ab 4 Jahren bei Versagen oder Unverträglichkeit von Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. 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>4. 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>5. 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>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>6. 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>Nun gibt es von Enbrel in der 25 mg-Stärke auch einen Fertigpen.</p>					
<p><b>M04 GICHTMITTEL</b></p>					
<p><b>M04AB05 Lesinurad</b></p>					
RE1	Zurampic 200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	36,25
<p>In Kombination mit Allopurinol bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn trotz ausreichender Dosierung von Allopurinol die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden.                      Cave: Bei Einnahme von Lesinurad als Monotherapie (ohne Allopurinol) besteht ein erhöhtes Risiko eines akuten Nierenversagens.</p>					
<p>Nach Beginn der Therapie mit Zurampic können Gichtanfälle auftreten. Dies beruht auf einer Senkung des Serum-Harnsäure-Spiegels, die zu einer Mobilisierung von Urat aus Gewebedepots führt. Zu Beginn der Zurampic-Therapie wird eine Gichtanfallprophylaxe mit Colchicin oder einem NSAR empfohlen.</p>					

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Estrofem 1 mg Filmtabl.	28 Stk. 84 Stk.	G03CA03	01.02.2018
Glucophage 1000 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	A10BA02	01.02.2018
Jopamiro 300 mg Amp.	1 Stk.	V08AB04	01.02.2018
Olanzapin „Mylan“ 2,5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.02.2018
Olanzapin „Mylan“ 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.02.2018
Parkemed 500 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 50 Stk.	M01AG01	01.02.2018
Risperdal Quicklet 1 mg Tabl.	28 Stk. 56 Stk.	N05AX08	01.02.2018
Risperdal Quicklet 2 mg Tabl.	28 Stk.	N05AX08	01.02.2018
Voltaren Ophtha Einmalaugentropf.	20 Stk.	S01BC03	01.02.2018
<p>Die oben angeführten Präparate wurden aus dem EKO gestrichen, weil deren Anbieter die Preise nicht auf das gesetzlich vorgeschriebene Preisbandniveau gesenkt haben. Eine weitere Kostenübernahme ist nicht mehr möglich, es stehen zahlreiche substanzidentische Alternativen zur Verfügung.</p>			



Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Buparid 0,25 mg Susp. für einen Vernebler	20 Stk. 40 Stk.	R03BA02	19.12.2017
Flutastad 250 mg Tabl.	105 Stk.	L02BB01	19.12.2017
Fluvastatin „Stada“ 40 mg Hartkaps.	30 Stk.	C10AA04	19.12.2017
Tolvon 60 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06AX03	19.12.2017

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC01 Omeprazol</b>				
Losec 20 mg magensaftresistente Kaps.	14 Stk.	-	(2)	<b>5,70</b>
Streichung der 7 Stk.-Packung				
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09BA03 Lisinopril und Diuretika</b>				
Lisinopril „Arcana“ comp. 20 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	<b>11,75</b>
Streichung der 14 Stk.-Packung				
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AB11 Valaciclovir</b>				
Viropele 1000 mg Filmtabl.	21 Stk.	-	(2)	<b>15,80</b>
Streichung der 10 Stk.-Packung				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BG03 Pioglitazon</b>				
Pioglitazon „Accord“ 15 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	<b>9,60</b>
30 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	<b>9,60</b>
45 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	<b>9,60</b>
<b>IND: wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird</b>				

**Abkürzungsverzeichnis**

- T Teilbarkeit
- OP Originalpackungen
- KVP Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
- (2) Zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- T2 Zur Dosishalbierung in zwei gleiche Teile teilbar
- IND Nur in der angegebenen Indikation frei verschreibbar (siehe EKO)
- RE1 Vorabbeurteilung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)
- RE2 Bei Einhaltung der bestimmten Verwendung lt. Regeltext ersetzt die Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle die Vorabbeurteilung (siehe EKO)
- L3 Langzeitbeurteilung für 3 Monate möglich
- L6 Langzeitbeurteilung für 6 Monate möglich
- L12 Langzeitbeurteilung für 12 Monate möglich
- SG Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen



