



Im Blickpunkt-Tipps

NEU im EKO

Sammelband August, September und Oktober 2018

Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Oktober 2018	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab September 2018	Seite 10
Änderungen im Erstattungskodex ab August 2018	Seite 16

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,

die Vorbewilligungspflicht entfällt

- für Enoxaparin 6000 IE, 8000 IE und 10000IE, wobei für die beiden höheren Wirkstärken auch die Packungsgrößen zu 30 Stück im Grünen Bereich gelistet sind
- für Ivabradin Generika, wobei auch 3 Packungen auf einem Rezept verordnet werden können (OP 3)
- für Dermovate Creme und Salbe zu 100 g
- für Nexavar mit einem KKP von 3.054,20 EUR

In den Grünen Bereich wurden die Ezetimib Generika und die generischen Fixkombination Ezetimib+Simvastatin aufgenommen, wobei auch 3 Packungen auf einem Rezept verordnet werden können (OP 3). Eine Änderung gibt es auch bei der frei verschreibbaren Packungsgröße von Metagelan: 200 Stück sind im Grünen Bereich gelistet.

Auf Grund des Preisvorteils und/oder der Verordnungshäufigkeit ist das Einsparpotenzial mit folgenden Präparaten besonders hoch:

- Enoxaparin Becat
- Ivabradin Generika
- Ezetimib Generika
- Ezetimib+Simvastatin Generika
- Biosimilar Etanercept Erelzi
- Metagelan, generisches Metamizol

Die Aufnahme von Präparaten mit einem Packungspreis im Bereich von 10.000 EUR – Zeluja und Orkambi – unterstreicht die Leistungsfähigkeit des österreichischen Gesundheitssystems.

Freundliche Grüße
Berthold Reichardt

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2018

Informationsstand Oktober 2018



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AB05 Enoxaparin					
Enoxaparin Becat 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj. Isg. Fertigspr.	10 Stk.	-	-	13,70	7,80
Isg. Fertigspr.	4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.	6 Stk.	-	16,30	7,92
		10 Stk.	-	26,65	14,10
Isg. Fertigspr.	6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.	10 Stk.	-	32,65	24,10 Erstanbieter in RE1
Isg. Fertigspr.	8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.	10 Stk.	-	42,20	33,50 Erstanbieter in RE1
		30 Stk.	-	119,45	101,25 Erstanbieter nicht im EKO
Isg. Fertigspr.	10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.	10 Stk.	-	49,80	39,50 Erstanbieter in RE1
		30 Stk.	-	135,20	145,75 Erstanbieter nicht im EKO
Über 400.000 Packungen von Lovenox wurden im ersten Halbjahr 2018 mit den SV-Trägern abgerechnet, davon ca. 50.000 aus dem vorbewilligungspflichtigen RE1-Bereich. Bei Enoxaparin Becat entfällt die Bewilligungspflicht. Aufgrund des Preisvorteils können entsprechend dem Ampelprinzip keine Bewilligungen von Lovenox mehr erfolgen.					
C01 HERZTHERAPIE					
C01EB17 Ivabradin					
Ivabradin „Stada“ 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	8,20	26,00 Erstanbieter in RE1
	56 Stk.	T2	(3)	15,70	43,70 Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	8,20	26,00 Erstanbieter in RE1
	56 Stk.	-	(3)	15,70	43,70 Erstanbieter in RE1
Die ersten Ivabradin Generika wurden mit September in den Grünen Bereich aufgenommen. Procoralan kostet ein Vielfaches und ist vorbewilligungspflichtig. Aufgrund des Preisvorteils können entsprechend dem Ampelprinzip keine Bewilligungen von Procoralan mehr erfolgen.					
C03 DIURETIKA					
C03CA01 Furosemid					
Furosemid „Accord“ 10 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg.	5 Stk. (20 mg/2ml)	-	(2)	1,75	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	5 Stk. (40 mg/4ml)	-	(2)	3,45	1,90 Erstanbieter nicht im EKO
Neben Furon ist Furosemid Accord jetzt das zweite parenterale Furosemid Präparat, das im EKO gelistet ist.					

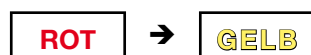
* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2018)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX09 Ezetimib					
Ezegelan 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	12,45	34,10 Erstanbieter in RE2
Ezetimib „+pharma“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	15,00	31,55 Erstanbieter in RE2
Ezetimib „Actavis“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	15,00	31,55 Erstanbieter in RE2
Ezetimib „Genericon“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	15,00	31,55 Erstanbieter in RE2
Ezetimib „HCS“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	15,00	31,55 Erstanbieter in RE2
Ezetimib „Hexal“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	15,00	31,55 Erstanbieter in RE2
Ezetimib „ratiopharm“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	15,00	31,55 Erstanbieter in RE2
Ezetimib „Sandoz“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	15,00	31,55 Erstanbieter in RE2
C10BA02 Simvastatin und Ezetimib					
Ezetimib/Simvastatin „Actavis“ 10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	34,55 Erstanbieter in RE2
10 mg/20 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	38,15 Erstanbieter in RE2
Ezetimib/Simvastatin „ratiopharm“ 10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	34,55 Erstanbieter in RE2
10 mg/20 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	38,15 Erstanbieter in RE2
10 mg/40 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	54,85 Erstanbieter nicht im EKO
10 mg/80 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	58,90 Erstanbieter nicht im EKO
Ezetimib/Simvastatin „Sandoz“ 10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	34,55 Erstanbieter in RE2
10 mg/20 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	38,15 Erstanbieter in RE2
10 mg/40 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	54,85 Erstanbieter nicht im EKO
10 mg/80 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	16,45	58,90 Erstanbieter nicht im EKO
Von den Ezetimib-Generika und den angeführten Kombinationspräparaten Ezetimib+Simvastatin sind erstmals drei Packungen frei verschreibbar.					

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

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N01 ANÄSTHETIKA				
N01BB02 Lidocain				
Cathejell Lidocain 2 % Gel.	5 Stk. 12,5 g	-	-	8,65
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AL08 Vilanterol, Umeclidinium bromid und Fluticason furuat				
Trelegy Ellipta 92 mcg/55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Pulver zur Inhalation (PM)	30 Hb.	-	-	76,40
<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>				
Trelegy Ellipta ist mit einer einmal täglichen Dosierung bzw. 24 Stunden Wirksamkeit eine Alternative zu den vergleichbaren ICS/LAMA/LABA-Kombinationstherapien mit Einzel- oder Kombinationspräparaten.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AR06 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Efavirenz						
RE1	Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovir-disoproxil „Krka“ 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	220,00	802,70 Erstanbieter nicht im EKO
Bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovir-disoproxil „Krka“ ist ein Generikum zu Atripla und hat das Preisniveau für diese Substanzkombination weiter reduziert.						

Aufnahme kostengünstiger Biosimilars in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AB01 Etanercept						
RE2	Erelzi 25 mg Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	-	-	247,10	123,90
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.						

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

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<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> <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>						
RE2	50 mg Inj.lsg. Fertipen	4 Stk.	-	-	477,35	238,30
RE2	50 mg Inj.lsg. Fertipen	4 Stk.	-	-	477,35	238,30
<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>						
Erelzi ist deutlich kostengünstiger als Enbrel und Benepali.						

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XX54 Niraparib					
RE1	Zejula 100 mg Hartkaps. (PM)	56 Stk. 84 Stk.	- -	- -	6.026,30 9.035,45
<p>Als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines gering differenzierten seriösen Karzinoms der Ovarien, der Tuben oder mit primärer Peritonealkarzinose, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständiges oder partielles Ansprechen mittels RECIST-Kriterien dokumentiert). 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 Platin-sensitiven Rezidivs eines gering differenzierten seriösen Karzinoms der Ovarien, der Tuben oder einer primären Peritonealkarzinose.</p>					
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX10 Benralizumab					
RE1 L6	Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 Stk.	-	-	2.310,45
<p>– Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen pro Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptorantagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND • wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten <p>– vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</p> <p>– mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthma. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT					
R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor					
RE1 L6	Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	-	-	11.021,45
<p>– Bei PatientInnen ab 6 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot sind für die F508del-Mutation im CFTR-Gen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit einer eingeschränkten Lungenfunktion (FEV1 < 90 %) oder • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem/einer Arzt/Ärztin oder Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen.</p> <p>– Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach jährlich durchzuführen.</p> <p>– Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</p>					

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

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. – Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn: <ul style="list-style-type: none"> • Keine Verschlechterung der Lungenfunktion über den natürlichen Verlauf hinaus eintritt oder • Eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • Eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.8.2021.				
Entsprechend der Zulassung wird Orkambi 100 mg/125 mg für Kinder zwischen 6 und 11 Jahren eingesetzt und Orkambi 200 mg/125 mg für Kinder ab 12 Jahren.				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Citalopram „Sandoz“ 40 mg Filmtabl.	14 Stk.	N06AB04	01.10.2018
Colifoam Rektalschaum	20 g	A07EA02	01.10.2018
Enalapril „Arcana“ comp. Tabl.	30 Stk.	C09BA02	01.10.2018
Escitalopram „Sandoz“ 20 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg.	1 Stk.	N06AB10	01.10.2018
Gabapentin „Torrex“ 300 mg Kaps.	100 Stk.	N03AX12	20.08.2018
Hypren 1,25 mg Kaps.	28 Stk.	C09AA05	01.10.2018
Kogenate Bayer 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.10.2018
Kogenate Bayer 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.10.2018
Mefenabene 500 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	M01AG01	01.10.2018
Mononine 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	1 Stk.	B02BD04	01.10.2018
Respicur retard 300 mg Kaps.	20 Stk.	R03DA04	01.10.2018
Simvastatin „Interpharm“ 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	20.08.2018
Singulair 4 mg Gran.	28 Stk.	R03DC03	01.10.2018

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC03 Lansoprazol				
Lansoprazol „+pharma“ 30 mg magensaftresistente Kaps.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- -	6,70 10,90
Streichung der 7 Stk.-Pkg.				
Lansoprazol „Genericon“ 30 mg magensaftresistente Kaps.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- -	6,70 10,95
Streichung der 7 Stk.-Pkg.				
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03DA04 Theophyllin				
Respicur retard 400 mg Kaps.	20 Stk.	(2)	-	4,40
Streichung der 50 Stk.-Pkg.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AD01 Clobetasol				
Dermovate Creme	100 g	-	-	13,70
<i>IND: wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht</i>				
Dermovate Salbe	100 g	-	-	13,70
<i>IND: wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht</i>				

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab September 2018

Informationsstand September 2018



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C01 HERZTHERAPIE					
C01EB17 Ivabradin					
Ivabradin „1A Pharma“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	10,40	24,49
	60 Stk.	T2	(2)	20,15	40,59 Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	10,40	24,49
	60 Stk.	-	(2)	20,15	40,59 Erstanbieter in RE1
Ivabradin „Aristo“ 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	9,70	24,50
	56 Stk.	T2	(2)	18,80	40,60 Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	9,70	24,50
	56 Stk.	-	(2)	18,80	40,60 Erstanbieter in RE1
Ivabradin „Genericon“ 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	9,70	24,50
	56 Stk.	T2	(2)	18,80	40,60 Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	9,70	24,50
	56 Stk.	-	(2)	18,80	40,60 Erstanbieter in RE1
Ivabradin „ratiopharm“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	10,40	24,49
	60 Stk.	T2	(2)	20,15	40,59 Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	10,40	24,49
	60 Stk.	-	(2)	20,15	40,59 Erstanbieter in RE1
Ivabradin „Sandoz“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	10,40	24,49
	60 Stk.	T2	(2)	20,15	40,59 Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	10,40	24,49
	60 Stk.	-	(2)	20,15	40,59 Erstanbieter in RE1
Ivacorlan 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	10,40	24,49
	60 Stk.	T2	(2)	20,15	40,59 Erstanbieter in RE1
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	10,40	24,49
	60 Stk.	-	(2)	20,15	40,59 Erstanbieter in RE1

Über 5.000 Patienten werden aktuell mit Procoralan behandelt, das seit über 10 Jahren in Ö. verfügbar ist. Aus dem deutlichen Preisvorteil der Generika resultiert ein Einsparpotenzial von € 1,4 Mio. pro Jahr für die SV-Träger. Außerdem entfällt bei den Generika die Vorbewilligungspflicht.

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA					
M01AE02 Naproxen					
Naproxen „HCS“ 550 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,15	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 2,60 2,35
	30 Stk.	T2	-	6,45	
	60 Stk.	T2	-	12,60	
Es gibt schon einige Naproxen-Präparate im EKO.					
N02 ANALGETIKA					
N02BB02 Metamizol-Natrium					
Metagelan 500 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	1,20	1,20
	30 Stk.	-	-	3,60	3,75
	50 Stk.	-	-	4,75	4,75
	100 Stk.	-	-	9,50	8,80
	200 Stk.	-	-	18,30	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden
500 mg Tropf.	10 ml	-	(2)	1,20	1,75
	50 ml	-	-	4,75	4,75
	250 ml	-	-	22,45	20,10
<i>Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i>					
Metagelan ist ein wichtiges Präparat. Einerseits sind die für chronische Schmerzpatienten notwendigen Packungsgrößen frei verschreibbar und andererseits hat es einen deutlichen Preisvorteil gegenüber Novalgin, dessen erste Zulassung von 1952 datiert.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE03 Bimatoprost					
Bimato-Vision 100 mcg/ml Augentropf.	3 ml	-	(2)	7,90	1,70
Au					

ROT



GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
C02 ANTIHYPERTONIKA						
C02KX Antihypertonika zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie						
RE1	Tadalafil PAH „ratiopharm“ 20 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	206,60	392,92
Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Tadalafil ist das erste Nachfolgepräparat zu Adcirca und der Preisvorteil hoch.						
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AB14 Valganciclovir						
RE2	Valganciclovir „Bluefish“ 450 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	599,95	510,95 Erstanbieter nicht im EKO
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. Valcyte ist im Juni 2018 zu 73 % generisch substituiert.						

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
B06 ANDERE HÄMATOLOGIKA					
B06AC01 C1-Inhibitor aus Humanplasma					
RE1	Cinryze 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	2 Stk.	-	-	1.188,35
<p>Zur Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Zur Prophylaxe bei PatientInnen mit häufigen schweren Attacken eines HAE mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel, wenn orale prophylaktische Behandlungen nicht vertragen werden/keinen ausreichenden Schutz bieten UND mit wiederholten Akutbehandlungen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des HAE. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Azithromycin „Actavis“ 500 mg Filmtabl.	3 Stk.	J01FA10	01.09.2018
Beclomet Easyhaler 200 mcg/Dosis Inh.plv.	1 Stk.	R03BA01	01.09.2018
Beclomet Easyhaler 400 mcg/Dosis Inh.plv.	1 Stk.	R03BA01	01.09.2018
Giona Easyhaler 200 mcg/Dosis Inh.plv.	200 Hb	R03BA02	01.09.2018
Giona Easyhaler 400 mcg/Dosis Inh.plv.	100 Hb	R03BA02	01.09.2018
Glimepirid „Stada“ 1 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.09.2018
INH „Agepha“ 100 mg Tabl.	100 Stk.	J04AC01	01.09.2018
Losartan-Kalium „Actavis“ 12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.09.2018
Losartan-Kalium „Actavis“ 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.09.2018
Pantothen „Pharmaselect“ 5 % Salbe	30 g	D03AX03	01.09.2018
Paroxetin „Arcana“ 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB05	01.09.2018
PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	L03AB10	01.09.2018
Refobacin Augentropf.	5 ml	S01AA11	01.09.2018
Xeloda 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	L01BC06	01.09.2018

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentanyl „Sandoz“ 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	15,40 29,10
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	24,90 46,75
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	32,70 62,90

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	39,90
	10 Stk.	-	-	76,60
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
SG				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AA13 Leflunomid				
Arava 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	25,70
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	25,70
<i>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</i>				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX13 Evolocumab					
RE1	Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	410,05
<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/erstattungskodex_stoffwechsel publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Behandlung mit Evolocumab 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>					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DX01 Memantin					
RE2	Axura 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen	50 ml	-	(2)	38,15
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt. 					
Bei allen Memantin-Produkten entfällt L6.					
RE2	Memantin „1A Pharma“ 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	6,45 18,40
RE2	20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T4 T4	- (2)	12,55 35,60
RE2	Memantin „Accord“ 10 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- (2)	6,35 17,30
RE2	20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- (2)	12,50 33,25
RE2	Memantin „easypharm“ 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	6,45 18,40
RE2	20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	12,55 35,60
RE2	Memantin „Genericon“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	18,40
RE2	20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	35,60
RE2	Memantin „HCS“ 10 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- (2)	9,00 17,30
RE2	20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	17,30 33,25
RE2	Memantin „ratiopharm“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	18,40
RE2	20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	35,60
RE2	Memantin „Sandoz“ 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	6,45 18,40
RE2	20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T4 T4	- (2)	12,55 35,60
RE2	Memantin „Stada“ 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	(2)	17,30
RE2	20 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	33,25
RE2	Memolan 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	6,45 18,35

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE2	20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	12,55 35,55
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. 					
R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT					
R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor					
RE1 L6	Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl. PM	112 Stk.	-	-	11.021,45
<ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen ab 6 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot sind für die F508del-Mutation im CFTR-Gen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen <ul style="list-style-type: none"> • mit einer eingeschränkten Lungenfunktion (FEV1 < 90 %) oder • mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem/einer Arzt/Ärztin oder Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • keine Verschlechterung der Lungenfunktion über den natürlichen Verlauf hinaus eintritt oder • eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.8.2021.</p>					

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

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab August 2018 Informationsstand August 2018



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
H02AB02 Dexamethason					
Dexamethason „HCS“ 4 mg Tabl.	10 Stk.	T2	-	6,05	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 16,00
	30 Stk.	T2	-	17,40	
8 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	9,80	13,20
	30 Stk.	T2	-	27,90	
20 mg Tabl.	10 Stk.	T2	-	11,90	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
40 mg Tabl.	10 Stk.	T2	-	19,20	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Dexamethason HCS ist einerseits das erste Nachfolgepräparat zu Fortecortin Tabl. und erweitert andererseits die Dosierungsmöglichkeiten, da mit der 20mg- und der 40 mg-Form zusätzliche Wirkstärken zur Verfügung stehen. Der Preisvorteil ist erheblich.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA06 Mycophenolsäure					
Mycophenolsäure „Accord“ 180 mg magensaftresist. Tabl.	120 Stk.	-	-	60,90	110,35 Erstanbieter in RE2
360 mg magensaftresist. Tabl.	120 Stk.	-	-	114,90	210,60 Erstanbieter in RE2
Während das Prodrug Mycophenolatmofetil (CellCept) schon seit längerer Zeit generisch verfügbar ist, ist nun auch das Natriumsalz (Erstanbieter Myfortic, RE2) im Grünen Bereich verschreibbar.					
N02 ANALGETIKA					
N02AE01 Buprenorphin					
Buprenorphin „Stada“ 35 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	(2)	16,55	0,50
52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	(2)	21,80	0,60
70 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	(2)	26,85	0,70
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>					
SG					

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

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:



Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01XE05 Sorafenib				
Nexavar 200 mg Filmtabl.	112 Stk.	-	-	3.054,20
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n onkologisch spezialisierte/n Fachärztin/Facharzt.</i>				
Für Patienten, die mit Nexavar therapiert wurden, entfällt ab sofort die Vorbewilligungspflicht.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AR03 Tenofovir Disoproxil und Emtricitabin						
RE1	Emtricitabin/Tenofovir disoproxil „Accord“ 200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	153,30	573,40 Erstanbieter nicht im EKO
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.						
Über 79 % beträgt der generische Verordnungsanteil bei dieser Substanz im Juni 2018. Da Truvada nicht im EKO gelistet ist, sind alle Patienten auf die EKO-Präparate umzustellen.						
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06BA04 Methylphenidat						
RE1	Medikinet retard 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	20 Stk.	-	-	23,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 10,45
L3		30 Stk.	-	-	29,90	
RE1	30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	20 Stk.	-	-	31,45	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 11,15
L3		30 Stk.	-	-	40,15	
RE1	40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	20 Stk.	-	-	38,80	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 18,00
L3		30 Stk.	-	-	48,10	
Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA04) kein Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Methylphenidat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).						
SG						
N06DA02 Donepezil						
RE2	Donepezil „+pharma“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	6,20	0,11
L6		30 Stk.	-	-	17,90	0,44
RE2	10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	34,40	0,79
L6						
– 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.						

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<ul style="list-style-type: none"> - 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). 						
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AR06 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Efavirenz						
RE1	Efriten 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	244,05	778,65
Bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Efriten ist das dritte Generikum zu Atripla, das nicht im EKO gelistet ist und daher von den SV-Trägern entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nicht bewilligt werden darf. Gegenüber Atripla hat Efriten pro Monatspackung einen Preisvorteil von 76 %.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA37 Baricitinib					
RE1	Olumiant 2 mg Filmtabl. 	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	381,80 739,00
RE1	4 mg Filmtabl. 	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	381,80 739,00
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 und nach Versagen mindestens eines biologischen DMARD (inklusive Tumornekrosefaktor alpha-Inhibitor), oder wenn diese nicht vertragen werden. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Baricitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Baricitinib kann im Falle einer 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. Die Behandlung mit Baricitinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Dalacin-Lsg. zur äußerl. Anwendung	30 ml	D10AF01	01.08.2018
Ebefen 20 mg Tabl.	30 Stk.	L02BA01	01.08.2018
Felden 20 mg Amp.	3 Stk.	M01AC01	01.08.2018
Fungata 150 mg Kaps.	1 Stk.	J02AC01	01.08.2018

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

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Kogenate Bayer 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.08.2018
Moderiba 200 mg Filmtabl.	168 Stk.	J05AP01	25.05.2018
Moderiba 400 mg Filmtabl.	56 Stk.	J05AP01	25.05.2018
Moderiba 600 mg Filmtabl.	56 Stk.	J05AP01	25.05.2018
Paracetamol „Genericon“ 500 mg Tabl.	10 Stk.	N02BE01	01.08.2018
PegIntron 50 mcg Plv. und Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	L03AB10	01.08.2018
PegIntron 80 mcg Plv. und Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	L03AB10	01.08.2018
PegIntron 100 mcg Plv. und Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	L03AB10	01.08.2018
PegIntron 120 mcg Plv. und Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	L03AB10	01.08.2018
Seroquel 4-Tage Startpackung	10 Stk.	N05AH04	01.08.2018
Tolterodin „Pfizer“ 1 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	G04BD07	01.08.2018

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07CB03 Atenolol und andere Diuretika				
Atenolol „Genericon“ comp. Filmtabl.	50 Stk.	T2	-	15,30
Streichung der 20 Stk.-Packung				
N02 ANALGETIKA				
N02BB02 Metamizol-Natrium				
Novalgin Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,40
	50 Stk.	-	-	9,50
	100 Stk.	-	-	18,30
Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose				
Aufnahme weiterer Packungsgrößen von 50 Stk. und 100 Stk.				
Für Packungen zu 50 oder 100 Stück, die mit den SV-Trägern abgerechnet wurden, entfällt ab sofort die Vorbewilligungspflicht.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05BA08 Bromazepam				
Lexotanil „Roche“ 3 mg Tabl.	50 Stk.	T2	-	3,80
Streichung der 20 Stk.-Packung				
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06AB04 Citalopram				
Citalopram „Sandoz“ 40 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	5,45
Streichung der 30 Stk.-Packung				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N03 ANTIEPILEPTIKA					
N03AX18 Lacosamid					
RE1 L12	Vimpat 10 mg/ml Sirup	200 ml	-	-	34,90
RE1 L12	50 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	12,90
RE1 L12	100 mg Filmtabl.	14 Stk. 56 Stk.	-	-	25,00 89,45
RE1 L12	150 mg Filmtabl.	14 Stk. 56 Stk.	-	-	36,65 128,75
RE1 L12	200 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	165,80
<p>Monotherapie und Zusatzbehandlung von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 4 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin.</p> <p>Sirup: Kinder und Jugendliche bis 50 kg; bei Kindern und Jugendlichen über 50 kg und Erwachsenen nur bei schwerer Schluckstörung.</p> <p>Lacosamid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p> <p>Die Monotherapie wurde entsprechend der Zulassung in den Regeltext aufgenommen.</p>					