

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2019

Informationsstand Jänner 2019



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE01 Imatinib					
Imatinib "1A Pharma" 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	165,25	---
400 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	303,15	---
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 Fachärztin/Facharzt.					
Im 3. Quartal 2018 wurden 40% der Imatinib-Patienten generisch versorgt. Dieser Anteil sollte gesteigert werden.					
N02 ANALGETIKA					
N02BB02 Metamizol-Natrium					
Metamizol "Kalceks" 500 mg/ml Inj.lsg.	5 Stk. 5 ml	-	(2)	3,95	3,95
Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose					
Metamizol "Kalceks" ist das erste Nachfolgepräparat zu Novalgin 2,5 g Amp.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2019)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AB06 Sertralin					
Sertralin "Accord" 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,75	1,65
	30 Stk.	T2	-	8,25	2,95
100 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,75	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	8,25	
Im 3. Quartal 2018 wurden 94% aller mit Sertralin versorgten Patienten generisch behandelt. Diese Entwicklung ist sehr positiv.					
N06AX16 Venlafaxin					
Velostad 75 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk.	-	(2)	1,75	0,80
	30 Stk.	-	-	5,25	2,35
150 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk.	-	(2)	3,70	1,35
	30 Stk.	-	-	10,80	3,70
225 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk.	-	(2)	4,20	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	12,35	
Der Generikaanteil liegt im 3. Quartal 2018 bei 72% aller mit Venlafaxin versorgten Patienten. Die Wirkstärke zu 225 mg ist nur generisch verfügbar.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Adalat retard 20 mg Filmtabl.	20 Stk.	C08CA05	01.01.2019
	50 Stk.		
Aktiferrin comp. Kaps.	30 Stk.	B03AD01	01.01.2019
	100 Stk.		
Amelior 20 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Amelior 40 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Amelior 40 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Amelior plus HCT 20 mg/5 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Amelior plus HCT 40 mg/5 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Amelior plus HCT 40 mg/5 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Amelior plus HCT 40 mg/10 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Amelior plus HCT 40 mg/10 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Androcur Depot Amp.	3 Stk.	G03HA01	01.01.2019

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2019)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Carvedilol "Hexal" 3,125 mg Tabl.	30 Stk.	C07AG02	01.01.2019
Diclobene 100 mg Zäpf.	6 Stk.	M01AB05	01.01.2019
Enalaprilmaleat "Arcana" 5 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA02	01.01.2019
Enalaprilmaleat "Arcana" 10 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA02	01.01.2019
Enalaprilmaleat "Arcana" 20 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA02	01.01.2019
Estracyt 140 mg Kaps.	100 Stk.	L01XX11	01.01.2019
Glimepirid "Genericon" 3 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.01.2019
Lamotrigin "ratiopharm GmbH" 5 mg lösl. Tabl.	30 Stk.	N03AX09	01.01.2019
Lisinopril "Arcana" comp. 20 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09BA03	01.01.2019
Lovenox 10 x 4.000 IE (10 x 40 mg) Inj.lsg. Fertigpen	1 Stk.	B01AB05	01.01.2019
Mencord 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Mencord 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Mencord 40 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Mencord Plus 20 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Mencord Plus 20 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Mencord Plus 40 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Mencord Plus 40 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Olmetec 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Olmetec 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Olmetec 40 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09CA08	01.01.2019
Olmetec Plus 20 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Olmetec Plus 20 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Olmetec Plus 40 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Olmetec Plus 40 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA08	01.01.2019
Parocetan 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB05	19.11.2018
Pramipexol "Stada" 0,088 mg Tabl.	30 Stk.	N04BC05	01.01.2019
Respicur retard 100 mg Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	R03DA04	01.01.2019
Sevikar 20 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Sevikar 40 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Sevikar 40 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DB02	01.01.2019
Sevikar HCT 20 mg/5 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Sevikar HCT 40 mg/5 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Sevikar HCT 40 mg/5 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Sevikar HCT 40 mg/10 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019
Sevikar HCT 40 mg/10 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DX03	01.01.2019

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2019)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Syscor 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C08CA07	01.01.2019
Terbinafin "ratiopharm" 250 mg Tabl.	28 Stk.	D01BA02	01.01.2019
Zovirax 3% Augensalbe	4,5 g	S01AD03	01.01.2019

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentaplast 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	15,25
	10 Stk.	-	-	28,80
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	24,65
	10 Stk.	-	-	46,30
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	32,40
	10 Stk.	-	-	62,25
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	39,75
	10 Stk.	-	-	76,60
SG				
IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk. Von der 5-Stk.-Packung ist nur noch 1 OP frei verschreibbar.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AP54 Elbasvir und Grazoprevir				
RE1 Zepatier 50 mg/100 mg Filmtabl. [PM]	28 Stk.	-	-	7.322,65
<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>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 31.12.2020.</p>				

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2019)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX05 Omalizumab					
RE1 L6	Xolair 75 mg Inj.lsg.	1 Stk. 0,5 ml	-	-	205,95
RE1 L6	150 mg Inj.lsg.	1 Stk. 1 ml	-	-	371,00

- Als Zusatztherapie bei PatientInnen ab 6 Jahren mit schwerem persistierendem allergischem Asthma (basaler IgE-Spiegel größer gleich 76 IU/ml), die einen positiven Hauttest oder in vitro Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen UND sowohl eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 < 80%) haben als auch unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden (ab 12 Jahren) oder unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden (6 bis unter 12 Jahre) UND
 - wenn trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND
 - wenn trotz wiederholter Therapie mit systemischen Corticosteroiden in den letzten 12 Monaten
- mehrfach dokumentierte 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
- mindestens eine schwerwiegende Asthma-Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.

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.

Omalizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA					
H01AC01 Somatropin					
RE1	Zomacton 4 mg Trockenstechamp. mit Lsgm.	5 Stk.	-	-	564,95
Bei Kindern mit Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion oder bei Minderwuchs bei Turnersyndrom.					
Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
Streichung der 1 Stk.-Packung					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2019)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07XX02 Riluzol					
RE2	Riluzol „Aristo“ 50 mg Filmtabl. vormals Riluzol „easypharm“ 50 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	132,20
Amyotrophe Lateralsklerose. Diagnosestellung und Erstverordnung durch FachärztInnen für Neurologie bzw. durch Fachambulanzen.					

Änderung von ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AX07 Dimethylfumarat (vormals N07XX09)					
RE1	Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps. [PM]	14 Stk.	-	-	291,50
Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und – EDSS kleiner gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.					
RE1 L6	Tecfidera 240 mg magensaftresistente Hartkaps. [PM]	56 Stk.	-	-	1.092,80
Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und – EDSS kleiner gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Dimethylfumarat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2019)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Kontaktadresse:	Steiermärkische Gebietskrankenkasse ☎ (0316) 8035-0 http://www.stgkk.at	Mag. pharm. Dr. med. Isabella Bauer-Rupp (DW 1385) isabella.bauer-rupp@stgkk.at
------------------------	--	---