

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2019

Informationsstand März 2019



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C01 HERZTHERAPIE					
C01BC03 Propafenon					
Propafenon "Accord" 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	4,55	3,22
	60 Stk.	-	(2)	7,95	6,28
300 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,95	5,50
	60 Stk.	T2	-	13,50	10,50
Gut 5.000 Patienten werden jährlich mit einem Propafenon-Präparat im niedergelassenen Bereich versorgt. Propafenon Accord ist ein Nachfolgepräparat zu Rytmonorma und ist auch als 60-Stück-Packung verfügbar.					
C01BD01 Amiodaron					
Amiodaron "Arcana" 200 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	12,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 18,95
	60 Stk.	T2	-	23,70	
Sedacoron ist das nächste Antiarrhythmikum, das generisch verfügbar wird. Damit wurden 2018 ca. 25.000 Patienten therapiert. Auch bei Amiodaron Arcana ist die Packungsreichweite größer als beim Erstanbieterpräparat.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C03 DIURETIKA					
C03DA04 Eplerenon					
Eplerenon "HCS" 25 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	8,80	0,60
	30 Stk.	-	(3)	24,90	1,65
50 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	8,80	0,60
	30 Stk.	-	(3)	24,90	1,65
IND: Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde Erstmalig sind bei den Eplerenon-Präparaten nun mit Eplerenon HCS auch drei Packungen auf einem Rezept frei verschreibbar.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX09 Ezetimib					
Ezetimib "Accord" 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	10,35	23,25 Erstanbieter in RE2
Ezetimib "Aristo" 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	10,35	23,25 Erstanbieter in RE2
Bitte zu beachten, dass auf Grund des Ampelprinzips Ezetrol im Gelben Bereich auf Kosten der Kasse nicht mehr verordnet werden soll. Weit über 10.000 Patienten können noch auf die kostengünstigeren Generika umgestellt werden.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH02 Clozapin					
Clozapin "Accord" 25 mg Tabl.	14 Stk.	T2	-	1,75	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	(2)	3,75	2,10
100 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	13,00	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	T2	(2)	25,15	7,85



Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AA13 Pegfilgrastim					
Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	-	-	560,00	0,00

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Bereits die Aufnahme des ersten Biosimilars zu Neulasta hat die Preisspirale in Gang gesetzt. Durch eine Preissenkung von Neulasta hat das Biosimilar im März den gleichen Preis. Beide Präparate sind damit sogar kostengünstiger als der langwirksame G-CSF Lonquex. Für die nächsten Monate werden weitere Preissenkungen bei den langwirksamen G-CSF erwartet.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB04 Adalimumab					
Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. [PM]	2 Stk.	-	-	467,30	137,15**
Inj.lsg. Fertigen [PM]	2 Stk.	-	-	467,30	137,15**
IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.					
Imraldi 40 mg Inj.lsg. Fertigen [PM]	2 Stk.	-	-	467,30	137,15**
Fertigspr. [PM]	2 Stk.	-	-	467,30	137,15**
IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert. Humira ist das umsatzstärkste Präparat österreichweit. Die kostengünstigeren Biologika sollten in der Therapie von Autoimmunerkrankungen bevorzugt werden. Außerdem hat Adalimumab ein breites Einsatzgebiet.					



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM						
N07BC51 Buprenorphin, Kombinationen						
RE1 SG	Bupensan Duo 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- -	5,95 20,85	5,10 19,30
RE1 SG	4 mg/1 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- -	9,55 33,65	Zusammensetzung beim Erstanbieter nicht vorhanden
RE1 SG	8 mg/2 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- -	14,95 54,20	15,20 54,75
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)						
Bupensan Duo ist das erste Nachfolgepräparat zu Suboxone.						

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2019)

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD23 Metformin und Ertugliflozin					
RE2	Segluromet 2,5 mg/1000 mg Filmtabl. [PM]	56 Stk.	-	(2)	43,95
RE2	7,5 mg/1000 mg Filmtabl. [PM]	56 Stk.	-	(2)	43,95
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II					
<ul style="list-style-type: none"> – Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. – Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. – Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min. – Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. – Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. 					
A10BK04 Ertugliflozin					
RE2	Steglatro 5 mg Filmtabl. [PM]	14 Stk.	-	-	23,20
		28 Stk.	-	(2)	43,95
RE2	15 mg Filmtabl. [PM]	14 Stk.	-	-	23,20
		28 Stk.	-	(2)	43,95
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II					
<ul style="list-style-type: none"> – Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. – Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. – Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min. – Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. – Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. 					
Entsprechend der RÖV sind die SGLT-2-Hemmer aus dem RE2-Bereich (Steglatro, Jardiance und Forxiga) gegenüber jenen aus RE1 zu bevorzugen. Gleiches gilt auch für die Kombinationspräparate.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA29 Tofacitinib					
RE2	Xeljanz 10 mg Filmtabl. [PM]	56 Stk.	-	-	1.452,90
Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.					
Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 8 bis 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.					
Entsprechend der Zulassung wird die Therapie bei Colitis ulcerosa mit zweimal täglich 10 mg über einen Zeitraum von 8 Wochen eingeleitet. Danach wird auf zweimal täglich 5 mg für die Erhaltungstherapie reduziert. Nur wenn bis Woche 8 kein ausreichender Therapieerfolg erzielt wird, kann die Einleitungsdosis von zweimal täglich 10 mg um weitere 8 Wochen verlängert werden. Nur wenige Patienten profitieren von einer Erhaltungstherapie von zweimal täglich 10 mg.					

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07BC01 Buprenorphin					
SG	Subutex 2 mg Sublingualtabl.	7 Stk.	-	-	9,90
RE1		28 Stk.	-	-	34,95
SG	8 mg Sublingualtabl.	7 Stk.	-	-	26,80
RE1		28 Stk.	-	-	94,40
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.					
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX07 Roflumilast					
RE1	Daxas 250 mcg Tabl.	28 Stk.	-	-	44,90
<p>Zur Anbehandlung für 28 Tage in Kombination mit einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden inhalativen Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) ODER mit LAMA + LABA plus einem inhalativen Corticosteroid (LAMA + LABA + ICS) bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> – schwerer oder sehr schwerer COPD (GOLD 3 oder 4) UND – Symptomen einer chronischen Bronchitis UND – COPD-Assessment-Test (CAT) vor Therapiebeginn größer gleich 10 Punkte UND <p>wenn trotz einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem LAMA + LABA oder LAMA + LABA + ICS</p> <ul style="list-style-type: none"> – drei oder mehr schwere Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die die Gabe von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER – mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. <p>Nicht in Kombination mit Theophyllin. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Weiterbehandlung ausschließlich mit der 500 mcg-Wirkstoffstärke. Überprüfung und Dokumentation der Wirksamkeit alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei gleichbleibender oder sinkender CAT-Punkteanzahl und einer Reduktion der Anzahl an Exazerbationen im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn.</p> <p>Mit der 250-Mikrogramm-Tablette ist die empfohlene subtherapeutische Anfangsdosis für die ersten 28 Tage verfügbar. Diese Anfangsdosis soll Nebenwirkungen und Therapieabbrüche bei Therapiebeginn reduzieren.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amoxicillin "ratiopharm" 250 mg/5 ml Trockensaft	60 ml 100 ml	J01CA04	01.03.2019
Bilokord 2,5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AB07	01.03.2019
Bilokord 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AB07	01.03.2019

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Bilokord 10 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AB07	01.03.2019
Clavamox 625 mg Filmtabl.	12 Stk.	J01CR02	01.03.2019
Climara 50 mcg/24 h Depot-Pflaster	4 Stk.	G03CA03	01.03.2019
Climen 28 Tage Drag.	28 Stk.	G03HB01	01.03.2019
Exviera 250 mg Filmtabl.	56 Stk.	J05AP09	01.03.2019
Nevirapin "Sandoz" 200 mg Tabl.	60 Stk.	J05AG01	01.03.2019
Ramipril "Genericon" 5 mg Kaps.	30 Stk.	C09AA05	01.03.2019
Simvastatin "Bayer" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	01.03.2019
Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	A10BJ02	01.03.2019
Viekirax 12,5 mg/75 mg/50 mg Filmtabl.	56 Stk.	J05AP53	01.03.2019
Ziprasidon "Actavis" 20 mg Hartkaps.	14 Stk. 60 Stk.	N05AE04	01.03.2019
Ziprasidon "Actavis" 40 mg Hartkaps.	14 Stk. 60 Stk.	N05AE04	01.03.2019
Ziprasidon "Actavis" 60 mg Hartkaps.	14 Stk. 60 Stk.	N05AE04	01.03.2019
Ziprasidon "Actavis" 80 mg Hartkaps.	14 Stk. 60 Stk.	N05AE04	01.03.2019
Zoledronsäure "Sandoz" 5 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	M05BA08	01.03.2019

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J02 NTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC01 Fluconazol				
Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.	1 Stk.	-	-	6,10
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis“				
Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.	2 Stk.	-	-	10,90
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Dermatomykosen“				
Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.	4 Stk.	-	-	19,85
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Onychomykosen“				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Fluconazol "ratiopharm" 50 mg Kaps.	7 Stk.	-	-	12,95
Frei verschreibbar				
Fluconazol „ratiopharm“ 100 mg Kaps.	7 Stk.	-	-	23,70
Frei verschreibbar				
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	1 Stk.	-	-	6,10
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis“				
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	2 Stk.	-	-	10,90
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Dermatomykosen“				
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	4 Stk.	-	-	19,85
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Onychomykosen“				
Fluconazol „ratiopharm“ 200 mg Kaps.	7 Stk.	-	-	38,80
Frei verschreibbar				
J02AC02 Itraconazol				
Itrabene Dermis Kaps.	28 Stk.	-	-	22,50
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Onychomykosen“				
Itrabene Kaps.	4 Stk.	-	-	4,40
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen“				
Itrabene Kaps.	14 Stk.	-	-	12,20
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Dermatomykosen oder oralen Candidosen“				
Die Facharztbeschränkung wurde bei den oben genannten Präparaten aufgehoben.				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07CB03 Atenolol und andere Diuretika				
Atenolol „Genericon“ comp. mite Filmtabl.	50 Stk.	T2	-	9,60
Streichung der 20 Stk.-Pkg.				

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

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03XB02 Ulipristal					
RE1 L3	Esmya 5 mg Tabl. [PM]	28 Stk.	-	-	158,30
<p>Zur präoperativen Behandlung mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmutter-Myome bei erwachsenen Patientinnen im fortpflanzungsfähigen Alter, für die eine myom-bedingte Operation vorgesehen ist, für eine Dauer von maximal 12 Wochen.</p> <p>Zur Intervall-Therapie mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmutter-Myome bei erwachsenen Patientinnen im fortpflanzungsfähigen Alter, für die eine myom-bedingte Operation nicht in Frage kommt. Dabei ist zumindest das in der Fachinformation geforderte behandlungsfreie Intervall einzuhalten. Eine Kostenübernahme kann maximal für 4 Behandlungszyklen erfolgen.</p> <p>Diagnosestellung und Therapieeinleitung durch FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.</p> <p>Cave Leberfunktion: Vor Beginn einer Behandlung mit Ulipristalacetat sowie während der in der Fachinformation vorgesehenen Intervalle ist die Leberfunktion durch Bestimmung der Transaminasen zu prüfen.</p> <p>Ulipristalacetat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3)</p>					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AF10 Entecavir					
RE2	Baraclude 0,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<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.</p> <p>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"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: Bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. 					
RE2	1 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - bei dekompensierter Lebererkrankung <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p>					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
Die Therapie ist abzusetzen:					
– bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit					
– bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA29 Tofacitinib					
RE2	Xeljanz 5 mg Filmtabl. [PM]	56 Stk.	-	-	738,75
<p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tofacitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tofacitinib 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.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen 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>3. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 8 bis 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Das Einsatzgebiet des Januskinase (JAK)-Inhibitors wird um die Psoriasis-Arthritis und Colitis ulcerosa erweitert. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p>					

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