



Im Blickpunkt-Tipps

NEU im EKO

Sammelband August, September und Oktober 2019

Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Oktober 2109	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab September 2019	Seite 10
Änderungen im Erstattungskodex ab August 2019	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, Direktorstellvertreter Günter Reiter,
Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung
unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste Aufsichtsbehörde
ist die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und
Konsumentenschutz

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 Vollständigkeit und können daraus keinerlei
Rechtsansprüche begründet werden. Grundlegende Richtung des
periodischen Mediums: Fach- und Informationsblatt für die

Vertragspartner/innen der Burgenländischen
Gebietskrankenkasse und Entscheidungsträger/innen im
Burgenländischen Gesundheitssystem

Druck: Wiener Gebietskrankenkasse,
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: shutterstock

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der BGKK gestattet

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Rahmenbedingungen des EKO sind
bundesweit gültig. Hervorzuheben sind
folgende sehr positive Kennzahlen der BGKK
(im 1. Halbjahr 2019) im Vergleich der
Gebietskrankenkassen:

- höchster Anteil an Patienten, die mit
Antidiabetika versorgt werden, wo oft eine
Unterversorgung argumentiert wird
- höchster Anteil an Patienten, die mit
Lipidsenkern versorgt werden, wo oft eine
Unterversorgung argumentiert wird
- höchster Anteil an Patienten, die mit
ACE-Hemmern/ARB versorgt werden, wo
oft eine Unterversorgung argumentiert wird
- zweithöchster Anteil an Patienten, die mit
einem Präparat aus der ATC-Gruppe L,
Onkologika und Immunmodulierende
Substanzen, versorgt werden, die mit
durchschnittlichen Packungspreisen von
über 500 EUR die teuerste Medikamenten-
gruppe darstellt
- höchster Generikaanteil
- niedrigste Kosten pro Verordnung

Die BGKK hat dank der burgenländischen Ärzte
eine herzeigbare Medikamentenversorgungs-
struktur, die sich am dokumentierten Patienten-
outcome orientiert. Mit 1.1. 2020 geht die
BGKK in der Österreichischen Gesundheits-
kasse auf.

Freundliche Grüße
Berthold Reichardt

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2019

Informationsstand Oktober 2019

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP 3	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DB01 Valsartan und Amlodipin					
Amlodipin/Valsartan „1A Pharma“ 5 mg/80 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,45
5 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,60
10 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,60
Amlodipin/Valsartan „Krka“ 5 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	11,30	17,70
5 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	11,30	17,85
10 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	11,30	17,85
Amlodipin/Valsartan „Sandoz“ 5 mg/80 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,45
5 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,60
10 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,60
Amlodipin/Valsartan „Stada“ 5 mg/80 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,45
5 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,60
10 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(3)	10,80	17,60
Im Jahr 2018 haben ca. 40.000 Patienten Exforge, die Fixkombination von Valsartan und Amlodipin, erhalten. Während für Exforge unverändert die IND als Zweitlinientherapie gilt, „wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden“, stehen die angeführten Nachfolgepräparate ohne weitere Voraussetzung im Grünen Bereich. Zudem sind von den Nachfolgern drei Packungen auf einem Rezept frei verschreibbar.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10BA02 Simvastatin und Ezetimib					
SimEz 10 mg/20 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	11,60	27,80 Erstanbieter in RE2
10 mg/40 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	11,60	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
SimEz ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Inegy, welches unverändert im Gelben Bereich gelistet ist. Von SimEz sind drei Packungen auf einem Rezept frei verschreibbar					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AB10 Escitalopram					
Escitalopram „1A Pharma“ 15 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T3 T3	(2) -	2,10 6,25	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden

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

Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP 3	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB04 Adalimumab					
Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigen PM	2 Stk.	-	-	398,60	0,10**
<i>IIND: 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.</i>					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07EC02 Mesalazin				
Yaldigo 1600 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	60 Stk.	-	-	76,75
G04 UROLOGIKA				
G04CA52 Tamsulosin und Dutasterid				
Dutaglandin comp. 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	9,60
DuTamsul 0,5 mg/0,4 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	9,60
U				
Bei Patienten, denen Tamsulosin und Dutasterid bereits gleichzeitig und auf gleichbleibendem Dosierungsniveau gegeben wird, kann die Therapie mit der Fixkombination vereinfacht werden. Nota bene: OP III.				

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

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

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

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
M04 GICHTMITTEL						
M04AA03 Febuxostat						
RE1	Feburo 80 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	7,30	10,93
		30 Stk.	-	-	20,55	18,42
RE1	120 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	7,30	10,93
		30 Stk.	-	-	20,55	18,42
<p>Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung 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.</p>						
RE1	Febuxostat „ratiopharm“ 80 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	7,30	10,93
		30 Stk.	-	-	20,60	18,37
RE1	120 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	7,30	10,93
		30 Stk.	-	-	20,60	18,37
<p>Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung 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.</p>						
RE1	Febuxostat „Sandoz“ 80 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	9,95	11,20
		30 Stk.	-	-	20,60	18,37
RE1	120 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	9,95	11,20
		30 Stk.	-	-	20,60	18,37
<p>Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung 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.</p>						
<p>Nach der Mitteilung des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen über Maßnahmen zur Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit vom 8.7.2019 zum erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Mortalität und Tod jeglicher Ursache bei Patienten mit Gicht und schweren kardiovaskulären Komorbiditäten, die in der CARES-Studie mit Febuxostat behandelt wurden, verbleiben auch die Nachfolgepräparate von Adenuric im Gelben Bereich und damit Zweitlinientherapie nach Allopurinol.</p>						

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIK/ANTIINFEKTIVA					
A07EA06 Budesonid					
RE1	Jorveza 1 mg Schmelztabl. (PM)	30 Stk. 60 Stk.	- -	- -	140,95 249,75
Bei Erwachsenen zur Behandlung der eosinophilen Ösophagitis für bis zu 12 Wochen. Diagnose durch histologischen Nachweis: Mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hoch-auflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm ²) in zumindest einer Biopsie. Indikationsstellung und Verordnung durch GastroenterologInnen. Da es nur wenige Patienten mit eosinophiler Ösophagitis gibt, wurde Jorveza als Arzneimittel für seltene Leiden („Orphan-Drug“) ausgewiesen.					
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD04 Gerinnungsfaktor IX					
RE1	Refixia 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	- -	- -	772,20
RE1	1500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	- -	- -	1.519,70
RE1	2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	- -	- -	3.014,75
Bei schwerem angeborenen Faktor IX-Mangel (Hämophilie B) ab einem Alter von 12 Jahren 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.					
N02 ANALGETIKA					
N02BG10 Cannabinoide					
RE1 SG	Sativex Spray zur Anw. in der Mundhöhle (PM)	3 Stk.	-	-	473,90
Bei mittelschwerer bis schwerer Spastik (definiert als Score ≥ 4 auf der 11 Punkte umfassenden Numeric Rating Scale (NRS)) aufgrund von Multipler Sklerose (MS) als add-on-Therapie bei erwachsenen PatientInnen, die auf eine vorausgehende Therapie mit mindestens zwei verschiedenen optimierten antispastischen Therapieschemata in ausreichender Dosierung für mindestens 3 Monate nicht adäquat angesprochen, diese nicht vertragen oder eine Kontraindikation haben. Das Ausmaß der Spastik ist vor Beginn und regelmäßig während der Behandlung mit THC/CBD auf der NRS zu dokumentieren. Fortführung der Therapie nur, wenn nach 4 Behandlungswochen eine Verbesserung der Spastik eingetreten ist (dokumentierte Verbesserung auf der NRS um mindestens 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert). Die Indikationsstellung, Erstverordnung und Beurteilung des Therapieerfolges nach 4 Behandlungswochen hat an einem von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) zertifizierten MS-Zentrum durch einen/eine in der Diagnosestellung und Behandlung von MS erfahrene/n Facharzt/Fachärztin zu erfolgen.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Alendronstad 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ Kautabl. 56 Stk.	4 Stk.	M05BA04	01.10.2019
Aricept Evess 10 mg Schmelztabl.	28 Stk.	N06DA02	01.10.2019
Azithromycin „Arcana“ 500 mg Filmtabl.	3 Stk.	J01FA10	01.10.2019
Cec „Sandoz“ 125 mg/5 ml Trockensaft	60 ml	J01DC04	01.10.2019

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Copegus 200 mg Filmtabl.	168 Stk.	J05AP01	01.10.2019
Divinal Salbe	22 g	M02AC	01.10.2019
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	1 Stk.	J02AC01	01.10.2019
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	2 Stk.	J02AC01	01.10.2019
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	4 Stk.	J02AC01	01.10.2019
Fluconazol „ratiopharm“ 200 mg Kaps.	7 Stk.	J02AC01	01.10.2019
Fluimucil 200 mg Gran.	20 Stk.	R05CB01	01.10.2019
Forlax 10 g Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	10 Stk.	A06AD15	01.10.2019
Fosinopril „Interpharm“ 20 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C09AA09	01.10.2019
Gliclazid „Stada“ 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk. 60 Stk.	A10BB09	01.10.2019
Hydergin 2 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C04AE01	01.10.2019
IntronA 18 Mio IE Inj.lsg., Mehrfachdosierungs-Pen	2 Stk.	L03AB05	01.10.2019
IntronA 30 Mio IE Inj.lsg., Mehrfachdosierungs-Pen	2 Stk.	L03AB05	01.10.2019
IntronA 60 Mio IE Inj.lsg., Mehrfachdosierungs-Pen	2 Stk.	L03AB05	01.10.2019
Josalid 750 mg Filmtabl.	14 Stk.	J01FA07	01.10.2019
Losartan/HCT „Hexal“ 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA01	01.10.2019
Losartan/HCT „Hexal“ 100 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA01	01.10.2019
Nebivolol „ratiopharm“ 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AB12	01.10.2019
Pregnyl 1.500 IE Trockenamp. m. Lsgm.	3 Stk.	G03GA01	01.10.2019
Ranitidin „Accord“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	A02BA02	01.10.2019

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BF01 Acarbose				
Glucobay 100 mg Tabl.	120 Stk.	T2	-	31,55
Streichung der 30 Stk.-Pkg.				
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09BA09 Fosinopril und Diuretika				
Fosinopril/HCT „Stada“ 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,70
R06 ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
R06AX19 Azelastin				
Allergodil Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	6,70
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
G04 UROLOGIKA				
G04BD07 Tolterodin				
Tolterodin „Aristo“ 1 mg Filmtabl. <i>vormals Tolterodin „easypharm“ 1 mg Filmtabl.</i>	20 Stk.	-	(2)	3,60
	60 Stk.	-	-	10,60
Tolterodin „Aristo“ 2 mg Filmtabl. <i>vormals Tolterodin „easypharm“ 2 mg Filmtabl.</i>	20 Stk.	T2	(2)	3,60
	60 Stk.	T2	-	10,60
G04CA02 Tamsulosin				
Tamsulosin „Aristo“ 0,4 mg Retardkaps. <i>vormals Tamsulosin „easypharm“ 0,4 mg Retardkaps.</i>	10 Stk.	-	(2)	1,80
	30 Stk.	-	(2)	5,45
<i>Frei verschreibbar bei Dermatomykosen</i>				
U				
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06AX11 Mirtazapin				
Mirtazapin „HCS“ 30 mg Filmtabl. <i>vormals Mirtazapin „Alternova“ 30 mg Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	-	6,60
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03DC03 Escitalopram				
Montelukast „Aristo“ 10 mg Filmtabl. <i>vormals Montelukast „easypharm“ 10 mg Filmtabl.</i>	10 Stk.	-	-	6,35
	30 Stk.	-	(2)	16,55
Montelukast „Aristo“ 4 mg Kautabl. <i>vormals Montelukast „easypharm“ 4 mg Kautabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	15,40
Montelukast „Aristo“ 5 mg Kautabl. <i>vormals Montelukast „easypharm“ 5 mg Kautabl.</i>	10 Stk.	-	-	6,35
	30 Stk.	-	(2)	16,60

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA04 Galantamin					
RE2	Galantamin „Aristo“ 8 mg Retardkaps.	7 Stk.	-	-	6,00
L6	<i>vormals Galantamin „easypharm“ 8 mg Retardkaps.</i>	28 Stk.	-	(2)	22,65
RE2	Galantamin „Aristo“ 16 mg Retardkaps.	28 Stk.	-	(2)	37,20
L6	<i>vormals Galantamin „easypharm“ 8 mg Retardkaps.</i>				
RE2	Galantamin „Aristo“ 24 mg Retardkaps.	28 Stk.	-	(2)	42,15
L6	<i>vormals Galantamin „easypharm“ 8 mg Retardkaps.</i>				
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL					
V03AE02 Sevelamer					
RE2	Sevelamercarbonat „Winthrop“ 800 mg Filmtabl.	180 Stk.	-	-	95,20
	<i>vormals Sevelamercarbonat „Zentiva“ 800 mg Filmtabl.</i>				
Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.					

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab September 2019 Informationsstand September 2019

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE10 Everolimus					
Everolimus „ratiopharm“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	374,70	2.129,80 Erstanbieter in RE1
10 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	725,10	2.716,35 Erstanbieter in RE1
<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>					
Everolimus „ratiopharm“ ist ein Nachfolgepräparat zu Afinitor, welches im Gelben Bereich mit Vorbewilligungspflicht gelistet ist.					

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DX01 Memantin					
RE2 Memantine „Merz“ 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen	50 ml	-	(2)	19,50	18,65
<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 DAT kombiniert werden. - Einsatz der Lsg. nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden. 					
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE03 Bimatoprost					
RE2 Bima-Vision sine 300 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	30 Stk.	-	(3)	12,30	11,55
In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel					
Es handelt sich um das erste wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukt zu Lumigan					

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
B03 ANTIANÄMIKA					
B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen					
RE2	MonoFer 100 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg. (PM)	1 Stk. 5 ml	-	-	134,45
		1 Stk. 10 ml	-	-	238,20
Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2022.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX14 Alirocumab					
RE1	Praluent 75 mg Inj.lsg. in einem Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	410,05
RE1	150 mg Inj.lsg. in einem 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/erfahrenen Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 - 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl erreicht wurde.</p>					
R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT					
R07AX02 Ivacaftor					
RE1 L6	Kalydeco 50 mg Gran. Btl (PM)	56 Stk.	-	-	15,134,45
RE1 L6	75 mg Gran. Btl (PM)	56 Stk.	-	-	15,134,45
<p>Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 2 Jahren (kleiner 25 kg), die eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. 					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<p>- Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind vor Beginn der Behandlung und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>- Die Therapie ist nur fortzuführen</p> <ul style="list-style-type: none"> wenn Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2022.</p>					
RE1 L6	150 mg Filmtabl. PM	28 Stk.	-	-	7.579,55
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor 100 mg/150 mg Tabletten bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 12 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A,3272-26A→G und 3849+10kbC→T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>- Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge <p>vor Therapiebeginn.</p> <p>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen.</p> <p>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</p> <p>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Ivacaftor in Kombination mit Tezacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2022.</p>					
RE1	150 mg Filmtabl. PM	56 Stk.	-	-	15.134,45
<p>Bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 6 Jahren (größer gleich 25 kg), die eine der folgenden Gating-Mutationen (Klasse III) im CFTR-Gen aufweisen: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N oder S549R, sowie ab 18 Jahren bei Vorliegen einer R117H-Mutation.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen.</p> <p>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</p> <p>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle drei Monate zu kontrollieren.</p> <p>- Schweiß-Chlorid-Level sind vor Beginn der Behandlung und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> sich das FEV1 (%) absolut um mindestens 5 % verbessert und Schweiß-Chlorid-Level auf mindestens 60 mmol/l gesenkt werden oder im Vergleich zur Baseline um mindestens 30 % fallen und eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2022.</p>					

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor					
RE1 L6	Orkambi 100 mg/125 mg Gran. im Beutel PM	56 Stk.	-	-	11.021,45
RE1 L6	150 mg/188 mg Gran. im Beutel PM	56 Stk.	-	-	11.021,45
<p>Bei PatientInnen von 2 - 5 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> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder • einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen. - Schweiß-Chlorid Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf, Körpergewicht und BMI sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und danach alle 6 Monate zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und • 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>					
R07AX31 Ivacaftor und Tezacaftor					
RE1 L6	Symkevi 100 mg/150 mg Filmtabl. PM	28 Stk.	-	-	5.730,65
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 150 mg Tabletten 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 12 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G und 3849+10kbC→T. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> • 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 Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest 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 und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> • eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder • eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder • eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Tezacaftor/Ivacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2022.</p>					

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

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amlodipin „Mylan“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	01.09.2019
Amlodipin „Mylan“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	01.09.2019
Aricept Evess 5 mg Schmelztabl.	7 Stk. 28 Stk.	N06DA02	01.09.2019
Azithromycin „Krka“ 500 mg Filmtabl.	3 Stk.	J01FA10	01.09.2019
Climen Drag.	21 Stk.	G03HB01	01.09.2019
Desquaman medizinisches Shampoo	100 ml	D11AX12	01.09.2019
Dusodril retard 100 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C04AX21	01.09.2019
Enalapril/Lercanidipin „Actavis“ 10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09BB02	01.09.2019
Josalid 250 mg/5 ml Saft f. Kind.	80 ml	J01FA07	01.09.2019
Josalid 375 mg/5 ml Saft f. Kind.	80 ml	J01FA07	01.09.2019
Lovastatin „Hexal“ 20 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA02	01.09.2019
Padviram 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR06	01.09.2019
Pentiro 175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk 100 Stk.	N04BA03	01.09.2019
Pentiro 200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BA03	01.09.2019
Pioglitazon „Accord“ 15 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.09.2019
Rosuvastatin „Actavis“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.09.2019
Syscor 5 mg Filmtabl	28 Stk.	C08CA07	01.09.2019
Tensan retard 8 mg Kaps.	30 Stk.	C08CA10	01.09.2019

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB02 Infliximab				
Remsima 100 mg Plv. für ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	190,95
	2 Stk.	-	-	362,95
	3 Stk.	-	-	523,40
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.</i>				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AG01 Nevirapin				
RE2 Viramune 400 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	155,85
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.				
Anpassung der bestimmten Verwendung an jene von Nevirapin „Mylan“ 400 mg Retardtabletten. Dieses hat einen KVP von 120,10 €				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE42 Ribociclib					
RE1	Kisqali 200 mg Filmtabl. PM	21 Stk.	-	-	942,10
		42 Stk.	-	-	1.859,55
		63 Stk.	-	-	2.777,00
<p>Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs</p> <ul style="list-style-type: none"> - als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant - als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. <p>Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung.</p> <p>Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden.</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.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2022.</p>					
Indikationserweiterung um die Zweitlinientherapie.					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC02 Pantoprazol				
Gastrozol 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	1,05
	14 Stk.	-	-	2,05
	28 Stk.	-	-	4,15
Streichung der 30 Stk.-Pkg.				
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX16 Pregabalin				
Pregabalin „Accord“ 200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	7,95
Streichung der 90 Stk.-Pkg.				
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer				
Pentiro 100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	50,70
150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	50,70
Jeweils Streichung der 30 Stk.-Pkg.				

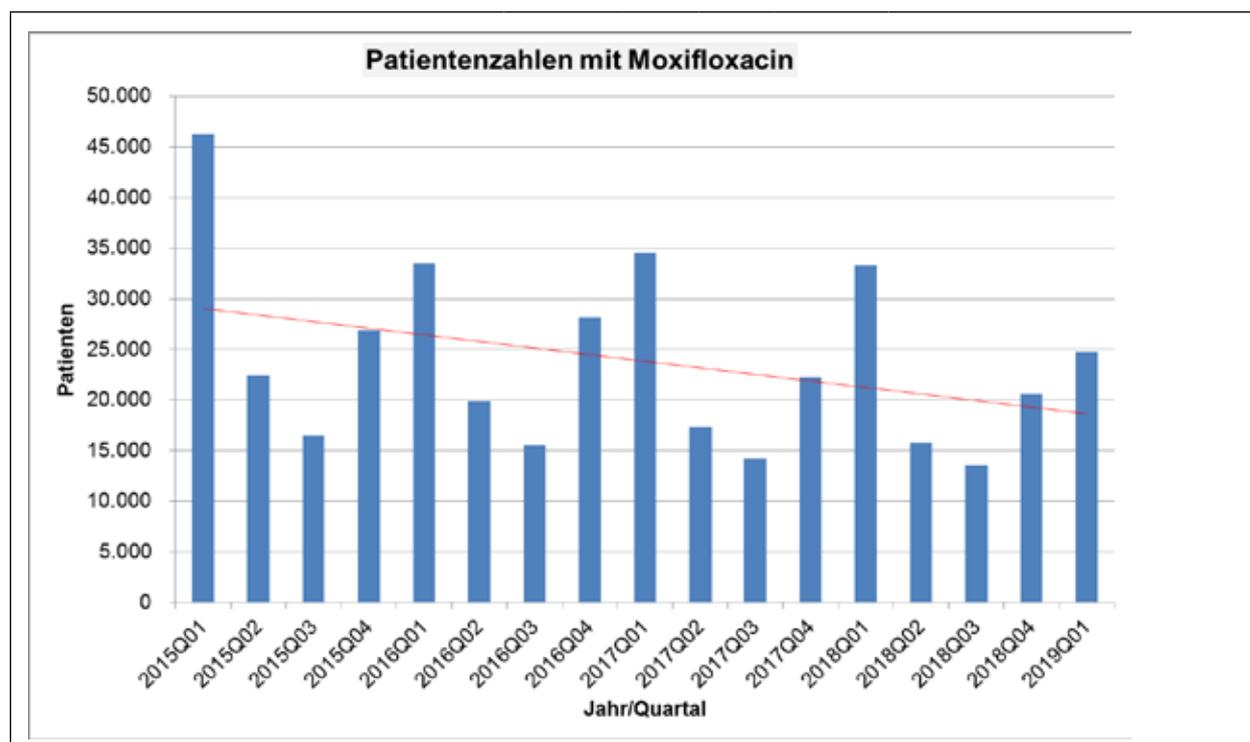
Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab August 2019 Informationsstand August 2019

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA05 Atorvastatin					
Atorvastatin „HCS“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,05	3,55
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,05	3,55
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,05	5,45
Atorvastatin „HCS“ ist zwar schon das 15. Generikum zu Sortis, der Preisvorteil und das damit verbundene Einsparpotenzial sind immer noch erheblich.					
C10BA02 Simvastatin und Ezetimib					
Ezetimib/Simvastatin „HCS“ 10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	13,65	23,20 Erstanbieter in RE2
10 mg/20 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	13,65	25,75 Erstanbieter in RE2
10 mg/40 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	13,65	57,65 Erstanbieter nicht im EKO
Nach der generischen Verfügbarkeit der Fixkombination von Ezetimib+Simvastatin ab Oktober 2018 waren im April 2019 20 % aller Verordnungen generisch. Auf Grund des Preisunterschiedes und der RöV (Grün vor Gelb) sollte dieser Anteil deutlich gesteigert werden.					
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J01MA14 Moxifloxacin					
Moxifloxacin „+pharma“ 400 mg Filmtabl.	5 Stk. 7 Stk.	- -	- -	8,95 12,20	4,40 6,20
Hinweis: nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern					
Aufgrund der jüngsten Sicherheitsbedenken zu Fluorchinolonen sollte auch die Verfügbarkeit eines weiteren generischen Moxifloxacin-Präparats zu keiner häufigeren Verordnung dieses Wirkstoffes führen. Die Abrechnungsdaten bestätigen den sinnvollen rückläufigen Verordnungstrend, wobei vor allem die saisonale Schwankungsbreite geringer wurde.					

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



J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AB15 Brivudin					
Brivudin „Aristo“ 125 mg Tabl.	7 Stk.	-	-	51,25	45,45
<i>IND: Herpes Zoster in der Akutphase</i>					
Brivudin „Aristo“ ist das erste Nachfolgepräparat zu Mevir.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07XA04 Racecadotril				
Hidrasec 100 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	8,10
Racecadotril ist in vielen Ländern und ab sofort auch in Österreich verfügbar. Es ist zur symptomatischen Behandlung des akuten Durchfalls bei Erwachsenen angezeigt.				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XX35 Anagrelid					
RE2 Anagrelid „Bluefish“ 0,5 mg Hartkaps.	42 Stk. 100 Stk.	-	-	74,55 155,25	45,55 87,80
Second-line-Therapie der essentiellen Thrombozythämie; Erstverordnung, Therapieeinstellung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.					
Anagrelid „Bluefish“ ist das zweite Nachfolgepräparat zu Thromboreductin.					

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA					
H01BA02 Desmopressin					
RE2	Nocutil 0,1 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	23,60
Zum Ausschleichen in der Indikation Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr durch eine/n Facharzt/-ärztin für Kinderheilkunde oder eine/n Facharzt/-ärztin für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend. Keine Kostenübernahme in der Indikation Diabetes insipidus. Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter PatientInnennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Citalopram „Sandoz“ 10 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	N06AB04	01.08.2019
Clarelux 500 mcg/g Schaum zur Anw. auf der Haut	50 g	D07AD01	01.08.2019
Ezetrol Tabl.	30 Stk.	C10AX09	01.08.2019
Elf Ezetimib-Generika stehen als gleichwertige Alternative im Grünen Bereich zur Verfügung.			
Gynodian Depot Fertigspr.	1 Stk.	G03EA03	01.08.2019
Losartan „MSD“ 100 mg Filmtabl.	14 Stk.	C09CA01	18.06.2019
Losartan/HCT „MSD“ 100 mg/ 25 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	C09DA01	18.06.2019
Josalid 500 mg Filmtabl.	12 Stk.	J01FA07	01.08.2019
Kentera 3,9 mg/24 Stunden transdermales Pflaster	2 Stk. 8 Stk.	G04BD04	01.08.2019

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10AA07 Rosuvastatin				
Rosuvastatin „1A Pharma“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	5,75
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	5,75
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	5,75
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	5,75
Änderung der Verschreibbarkeit auf OP3				
Bitte beachten Sie, dass Crestor 40 mg im Gelben Bereich (RE1) gelistet ist und zahlreiche Rosuvastatin-Generika im Grünen Bereich zur Verfügung stehen.				
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB01 Etanercept				
Enbrel 25 mg Inj.lsg. Fertigpen PM	4 Stk.	-	-	323,25
25 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM	4 Stk.	-	-	323,25
25 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. PM	4 Stk.	-	-	323,25
50 mg Inj.lsg. Fertigpen PM	4 Stk.	-	-	616,90

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
50 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM	4 Stk.	-	-	616,90
<p>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.</p> <p>Nach Adalimumab und Infliximab ist mit Etanercept ein weiterer TNF-α-Blocker im Grünen Bereich verfügbar. Die häufigste Dosierung ist 50 mg pro Woche.</p>				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06DA02 Donepezil				
RE2 L6	Donepezil „Accord“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -
				6,10 17,65
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). <p>Austausch der 7 Stk.-Pkg. auf eine 10 Stk.-Pkg.</p>				



Burgenländische Gebietskrankenkasse