

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2019

Informationsstand Februar 2019



## Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02BB02 Metamizol-Natrium</b>					
<b>Metagelan 2,5 g Inj.lsg.</b>	5 Stk.	-	(2)	3,25	<b>4,65</b>
Frei verschreibbar mit dem Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose					
Ca. 5.000 Packungen parenteraler Metamizol-Präparate werden monatlich mit den SV-Trägern abgerechnet. Mit Metagelan 2,5 g ist das mit großem Preisvorteil möglich.					

## Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>				
<b>M01AB55 Diclofenac, Kombinationen</b>				
<b>ArthroComb 75 mg/20 mg Hartkaps.</b>	10 Stk.	-	-	<b>2,25</b>
<b>mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	30 Stk.	-	-	<b>6,75</b>
Dies ist eine Fixkombination von 75 mg Diclofenac (25 mg Diclofenac-Natrium in magensaftresistenter Form, 50 mg Diclofenac-Natrium in retardierter Form) und 20 mg Omeprazol.				

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



## Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>						
RE2	Rivastigmin "1A Pharma"	7 Stk.	-	-	9,95	0,40
L6	4,6 mg/24 h transderm. Pflaster	30 Stk.	-	(3)	39,60	1,00
RE2	9,5 mg/24 h transderm. Pflaster	30 Stk.	-	(3)	39,60	1,00
L6						
RE2	13,3 mg/24 h transderm. Pflaster	30 Stk.	-	(3)	39,60	1,00
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.
- 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 Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.
- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Desloratadin "ratiopharm" 5 mg Schmelztabl.	10 Stk.	R06AX27	01.02.2019
	30 Stk.		
Lexotanil "Roche" 3 mg Tabl.	50 Stk.	N05BA08	01.02.2019
Venlafaxin "Stada" 75 mg Retardkaps.	10 Stk.	N06AX16	01.02.2019
	30 Stk.		
Venlafaxin "Stada" 150 mg Retardkaps.	10 Stk.	N06AX16	01.02.2019
	30 Stk.		

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

## Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02</b>	<b>ANALGETIKA</b>			
<b>N02BB02</b>	<b>Metamizol-Natrium</b>			
Metagelan 500 mg/ml Tropf.	10 ml	-	(2)	1,20
	30 ml	-	(2)	2,85
	50 ml	-	-	4,75
	250 ml	-	-	22,45
Frei verschreibbar mit dem Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße von 30 ml				

## Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J02</b>	<b>ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>			
<b>J02AC01</b>	<b>Fluconazol</b>			
Fluconazol "+ pharma" 150 mg Kaps. vormals Fluconazol "Genericon" 150 mg Kaps. bei Dermatomykosen	2 Stk.	-	-	11,50
F D				
Fluconazol "+ pharma" 150 mg Kaps vormals Fluconazol "Genericon" 150 mg Kaps. bei Onychomykosen	4 Stk.	-	-	20,90
D				

## Änderung der Verschreibbarkeit im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C01</b>	<b>HERZTHERAPIE</b>			
<b>C01EB17</b>	<b>Ivabradin</b>			
Ivabradin "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,35
	60 Stk.	T2	(3)	14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,35
	60 Stk.	-	(3)	14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Ivabradin "Aristo" 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	6,95
	56 Stk.	T2	(3)	13,55
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	6,95
	56 Stk.	-	(3)	13,55
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 56 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin "Genericon" 5 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	6,90
	56 Stk.	T2	(3)	13,30
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	6,90
	56 Stk.	-	(3)	13,30
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 56 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,35
	60 Stk.	T2	(3)	14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,35
	60 Stk.	-	(3)	14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,45
	60 Stk.	T2	(3)	14,30
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,45
	60 Stk.	-	(3)	14,30
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivacorlan 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,40
	60 Stk.	T2	(3)	14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,40
	60 Stk.	-	(3)	14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
J05	ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AF10	Entecavir				
RE2	Entecavir "Mylan" 0,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<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"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: Bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul>				
RE2 <b>Entecavir "Mylan" 1 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>167,25</b>
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</li> <li>- bei dekompensierter Lebererkrankung</li> </ul> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</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"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der      Wirksamkeit.</li> </ul>				
Jeweils Wegfall von L6				
RE2 <b>Entecavir "ratiopharm" 0,5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>167,25</b>
<p>Bei Nukleosid-naiven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</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"> <li>- bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>- bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: Bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul>				
RE2 <b>Entecavir "ratiopharm" 1 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	T2	-	<b>167,25</b>
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</li> </ul>				

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>– bei dekompensierter Lebererkrankung Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>– bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Jeweils Wegfall von L6</p>					
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BX03 Abirateron</b>					
RE1	<b>Zytiga 500 mg Filmtabl. [PM]</b>	56 Stk.	-	(2)	<b>2.954,00</b>
<p>Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analagon und Prednison oder Prednisolon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– zur Behandlung des neu diagnostizierten Hochrisiko-metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinoms, wenn eine Chemotherapie aufgrund eines reduzierten Allgemeinzustandes und/oder signifikanter Komorbiditäten oder bestehenden Kontraindikationen nicht geeignet ist bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorliegen von Fernmetastasen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung (Erstdiagnose) des Prostatakarzinoms und</li> <li>• Vorliegen von mindestens 2 der folgenden 3 Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Gleason-Score von <math>\geq 8</math></li> <li>➢ <math>\geq 3</math> Läsionen in der Knochenszintigraphie</li> <li>➢ viszerale Metastasen (via CT oder MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen Lymphknotenbefall) und</li> </ul> </li> <li>• Vorbehandlung mit einer Androgenentzugstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung (Erstdiagnose) des Prostatakarzinoms</li> </ul> </li> <li>– zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und</li> <li>• Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analagon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und</li> <li>• einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und</li> <li>• einem Wert von 0 bis höchstens 3 für den stärksten Schmerz innerhalb der letzten 24 Stunden auf einer von 0 bis 10 reichenden Numeric Rating Scale (NRS)</li> </ul> </li> <li>– zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist.</li> </ul> <p>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 metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.</p> <p>Aufnahme einer zusätzlichen Indikation laut Zulassung.</p>					

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA32 Apremilast					
RE1 L6	Otezla 30 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	729,50
<p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA.            Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis.            Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei 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.            Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.            Apremilast eignet sich für eine chef(kontrollärztliche) Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
Änderung von L3 auf L6.					

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 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](mailto:isabella.bauer-rupp@stgkk.at)