

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2019

Informationsstand März 2019



## Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat  | Menge   | T  | OP  | KVP € | max. Kostenersparnis<br>€ pro Packung*                             |
|---|---------|----|-----|-------|--|
| <b>C01 HERZTHERAPIE</b>   |         |    |     |       |  |
| <b>C01BC03 Propafenon</b>   |         |    |     |       |  |
| Propafenon "Accord" 150 mg Filmtabl.  | 30 Stk. | -  | -   | 4,55  | <b>3,22</b>  |
|   | 60 Stk. | -  | (2) | 7,95  | <b>6,28</b>  |
| 300 mg Filmtabl.  | 30 Stk. | T2 | -   | 7,95  | <b>5,50</b>  |
|   | 60 Stk. | T2 | -   | 13,50 | <b>10,50</b>   |
| 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.          |         |    |     |       |  |
| <b>C01BD01 Amiodaron</b>  |         |    |     |       |  |
| Amiodaron "Arcana" 200 mg Tabl.   | 30 Stk. | T2 | -   | 12,25 | Packungsgröße beim<br>Erstanbieter nicht vorhanden<br><b>18,95</b> |
|   | 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<br>€ pro Packung*             |
|--|---------|----|-----|-------|--|
| <b>C03 DIURETIKA</b>   |         |    |     |       |  |
| <b>C03DA04 Eplerenon</b>   |         |    |     |       |  |
| Eplerenon "HCS" 25 mg Filmtabl.  | 10 Stk. | -  | -   | 8,80  | <b>0,60</b>  |
|  | 30 Stk. | -  | (3) | 24,90 | <b>1,65</b>  |
| 50 mg Filmtabl.  | 10 Stk. | -  | -   | 8,80  | <b>0,60</b>  |
|  | 30 Stk. | -  | (3) | 24,90 | <b>1,65</b>  |
| <p><b>IND:</b> Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde</p> <p>Erstmalig sind bei den Eplerenon-Präparaten nun mit Eplerenon HCS auch drei Packungen auf einem Rezept frei verschreibbar.</p> |         |    |     |       |  |
| <b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>  |         |    |     |       |  |
| <b>C10AX09 Ezetimib</b>  |         |    |     |       |  |
| Ezetimib "Accord" 10 mg Tabl.  | 30 Stk. | -  | (3) | 10,35 | <b>23,25</b><br>Erstanbieter in RE2                |
| Ezetimib "Aristo" 10 mg Tabl.  | 30 Stk. | -  | (3) | 10,35 | <b>23,25</b><br>Erstanbieter in RE2                |
| <p>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.</p>   |         |    |     |       |  |
| <b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>   |         |    |     |       |  |
| <b>N05AH02 Clozapin</b>  |         |    |     |       |  |
| Clozapin "Accord" 25 mg Tabl.  | 14 Stk. | T2 | -   | 1,75  | Packungsgröße beim<br>Erstanbieter nicht vorhanden |
|  | 30 Stk. | T2 | (2) | 3,75  | <b>2,10</b>  |
| 100 mg Tabl.   | 30 Stk. | T2 | -   | 13,00 | Packungsgröße beim<br>Erstanbieter nicht vorhanden |
|  | 60 Stk. | T2 | (2) | 25,15 | <b>7,85</b>  |



### Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

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

\* 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<br>€ 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.  |        |   |    |        |  |
| <b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>   |        |   |    |        |  |
| <b>L04AB04 Adalimumab</b>   |        |   |    |        |  |
| <b>Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. [PM]</b>  | 2 Stk. | - | -  | 467,30 | <b>137,15**</b>                        |
| <b>Inj.lsg. Fertigen [PM]</b>   | 2 Stk. | - | -  | 467,30 | <b>137,15**</b>                        |
| <b>IND:</b> Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie).<br>Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> publiziert. |        |   |    |        |  |
| <b>Imraldi 40 mg Inj.lsg. Fertigen [PM]</b>   | 2 Stk. | - | -  | 467,30 | <b>137,15**</b>                        |
| <b>Fertigspr. [PM]</b>  | 2 Stk. | - | -  | 467,30 | <b>137,15**</b>                        |
| <b>IND:</b> Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie).<br>Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab">www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab</a> 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<br>€ pro Packung* |  |
|---|--|-------------------|----------|--------|--|--|
| <b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>             |  |                   |          |        |  |  |
| <b>N07BC51 Buprenorphin, Kombinationen</b>                |  |                   |          |        |  |  |
| RE1<br>SG   | <b>Bupensan Duo</b><br>2 mg/0,5 mg Sublingualtabl. | 7 Stk.<br>28 Stk. | T2<br>T2 | -<br>- | 5,95<br>20,85                          | <b>5,10</b><br><b>19,30</b>                          |
| RE1<br>SG   | <b>4 mg/1 mg Sublingualtabl.</b>                   | 7 Stk.<br>28 Stk. | T2<br>T2 | -<br>- | 9,55<br>33,65                          | Zusammensetzung beim<br>Erstanbieter nicht vorhanden |
| RE1<br>SG   | <b>8 mg/2 mg Sublingualtabl.</b>                   | 7 Stk.<br>28 Stk. | T2<br>T2 | -<br>- | 14,95<br>54,20                         | <b>15,20</b><br><b>54,75</b>                         |
| 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 €    |
|--|--|---------|---|-----|----------|
| <b>A10 ANTIDIABETIKA</b>   |  |         |   |     |          |
| <b>A10BD23 Metformin und Ertugliflozin</b>   |  |         |   |     |          |
| 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"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.</li> <li>- Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min.</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> </ul> |  |         |   |     |          |
| <b>A10BK04 Ertugliflozin</b>   |  |         |   |     |          |
| 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"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen.</li> <li>- Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min.</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> </ul> |  |         |   |     |          |
| 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.  |  |         |   |     |          |
| <b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>  |  |         |   |     |          |
| <b>L04AA29 Tofacitinib</b>   |  |         |   |     |          |
| 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 € |
|---|------------------------------|---------|---|----|-------|
| <b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>   |                              |         |   |    |       |
| <b>N07BC01 Buprenorphin</b>   |                              |         |   |    |       |
| 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.  |                              |         |   |    |       |
| <b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>   |                              |         |   |    |       |
| <b>R03DX07 Roflumilast</b>  |                              |         |   |    |       |
| 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"> <li>– schwerer oder sehr schwerer COPD (GOLD 3 oder 4) UND</li> <li>– Symptomen einer chronischen Bronchitis UND</li> <li>– COPD-Assessment-Test (CAT) vor Therapiebeginn größer gleich 10 Punkte UND</li> </ul> <p>wenn trotz einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem LAMA + LABA oder LAMA + LABA + ICS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– drei oder mehr schwere Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die die Gabe von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</li> <li>– mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</li> </ul> <p>Nicht in Kombination mit Theophyllin.<br/>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.<br/>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<br>100 ml    | J01CA04  | 01.03.2019     |
| Bilokord 2,5 mg Tabl.                            | 10 Stk.<br>30 Stk. | C07AB07  | 01.03.2019     |
| Bilokord 5 mg Tabl.                              | 10 Stk.<br>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.<br>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.<br>60 Stk. | N05AE04  | 01.03.2019     |
| Ziprasidon "Actavis" 40 mg Hartkaps.        | 14 Stk.<br>60 Stk. | N05AE04  | 01.03.2019     |
| Ziprasidon "Actavis" 60 mg Hartkaps.        | 14 Stk.<br>60 Stk. | N05AE04  | 01.03.2019     |
| Ziprasidon "Actavis" 80 mg Hartkaps.        | 14 Stk.<br>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 €        |
|--|--------|---|----|--------------|
| <b>J02 NTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>                              |        |   |    |              |
| <b>J02AC01 Fluconazol</b>  |        |   |    |              |
| Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.  | 1 Stk. | - | -  | <b>6,10</b>  |
| Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis“ |        |   |    |              |
| Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.  | 2 Stk. | - | -  | <b>10,90</b> |
| Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Dermatomykosen“                        |        |   |    |              |
| Fluconazol "Actavis" 150 mg Kaps.  | 4 Stk. | - | -  | <b>19,85</b> |
| 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 €        |
|--|---------|---|----|--------------|
| <b>Fluconazol "ratiopharm" 50 mg Kaps.</b>                                     | 7 Stk.  | - | -  | <b>12,95</b> |
| Frei verschreibbar   |         |   |    |              |
| <b>Fluconazol „ratiopharm“ 100 mg Kaps.</b>                                    | 7 Stk.  | - | -  | <b>23,70</b> |
| Frei verschreibbar   |         |   |    |              |
| <b>Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.</b>                                    | 1 Stk.  | - | -  | <b>6,10</b>  |
| Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis“ |         |   |    |              |
| <b>Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.</b>                                    | 2 Stk.  | - | -  | <b>10,90</b> |
| Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Dermatomykosen“                        |         |   |    |              |
| <b>Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.</b>                                    | 4 Stk.  | - | -  | <b>19,85</b> |
| Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Onychomykosen“                         |         |   |    |              |
| <b>Fluconazol „ratiopharm“ 200 mg Kaps.</b>                                    | 7 Stk.  | - | -  | <b>38,80</b> |
| Frei verschreibbar   |         |   |    |              |
| <b>J02AC02 Itraconazol</b>   |         |   |    |              |
| <b>Itrabene Dermis Kaps.</b>   | 28 Stk. | - | -  | <b>22,50</b> |
| Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Onychomykosen“                         |         |   |    |              |
| <b>Itrabene Kaps.</b>  | 4 Stk.  | - | -  | <b>4,40</b>  |
| Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen“                        |         |   |    |              |
| <b>Itrabene Kaps.</b>  | 14 Stk. | - | -  | <b>12,20</b> |
| 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 €       |
|--|---------|----|----|-------------|
| <b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>      |         |    |    |             |
| <b>C07CB03 Atenolol und andere Diuretika</b>     |         |    |    |             |
| <b>Atenolol „Genericon“ comp. mite Filmtabl.</b> | 50 Stk. | T2 | -  | <b>9,60</b> |
| 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 €         |
|--|-----------------------------------|---------|---|----|---------------|
| <b>G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS</b>  |                                   |         |   |    |               |
| <b>G03XB02 Ulipristal</b>  |                                   |         |   |    |               |
| RE1<br>L3  | <b>Esmya 5 mg Tabl. [PM]</b>      | 28 Stk. | - | -  | <b>158,30</b> |
| <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> |                                   |         |   |    |               |
| <b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>  |                                   |         |   |    |               |
| <b>J05AF10 Entecavir</b>   |                                   |         |   |    |               |
| RE2  | <b>Baraclude 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>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>  |                                   |         |   |    |               |

\* 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.   |                                    |         |    |       |               |
| <b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>  |                                    |         |    |       |               |
| <b>L04AA29 Tofacitinib</b>   |                                    |         |    |       |               |
| RE2  | <b>Xeljanz 5 mg Filmtabl. [PM]</b> | 56 Stk. | -  | -     | <b>738,75</b> |
| <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.<br/>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.<br/>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.<br/>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.

|                        |  |   |
|------------------------|--|---|
| <b>Kontaktadresse:</b> | Steiermärkische<br>Gebietskrankenkasse<br>☎ (0316) 8035-0<br><a href="http://www.stgkk.at">http://www.stgkk.at</a> | <b>Mag. pharm. Dr. med. Isabella Bauer-Rupp (DW 1385)</b><br><a href="mailto:isabella.bauer-rupp@stgkk.at">isabella.bauer-rupp@stgkk.at</a> |
|------------------------|--|---|