

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AE01 Buprenorphin				
Buprenorphin "ratiopharm"	2 Stk.	-	-	4,30
5 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	-	8,00
10 mcg/h transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	6,80
	4 Stk.	-	-	12,70
20 mcg/h transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	10,70
	4 Stk.	-	-	20,20
IND: Mittelstarke chronische nicht-maligne Schmerzen, wenn ein Opioid zum Erreichen einer adäquaten Analgesie notwendig ist.				
SG				
Ein Wechsel dieses Pflasters ist erst nach 7 Tagen erforderlich.				



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AG01 Nevirapin					
RE2 Nevirapin "Mylan" 400 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	120,10	94,75
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.					
Nevirapin "Mylan" ist ein Nachfolgepräparat zu Viramune und kostet um 44% weniger.					

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BJ02 Liraglutid				
RE1 L6 Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen [PM]	2 Stk.	-	-	110,75

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Behandlung mit Liraglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinien-Therapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich (ATC Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) zu erfolgen. – Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0% begonnen werden. – Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m² begonnen werden. – Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren. – Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1% und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden. – Liraglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Basalinsulin eingesetzt werden. – Liraglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden. – Liraglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden. – Kein Einsatz bei schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz. – Liraglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DX04 Valsartan und Sacubitril					
RE1 L12	Entresto 24 mg/26 mg Filmtabl. [PM]	28 Stk.	-	-	77,00
RE1 L12	49 mg/51 mg Filmtabl. [PM]	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	77,00 142,75
RE1 L12	97 mg/103 mg Filmtabl. [PM]	56 Stk.	-	-	142,75
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion, wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II).</p> <p>Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35 % (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m² sein.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p> <p>Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L 12).</p> <p>Die ESC-Leitlinie sieht eine individuell optimierte Standardtherapie mit ACE-I bzw. ARB, Betablocker, MRA (Spironolacton oder Eplerenon) und gegebenenfalls Diuretika vor Therapiestart mit Valsartan/Sacubitril vor.</p>					
RE1 L12	Neparvis 24 mg/26 mg Filmtabl. [PM]	28 Stk.	-	-	77,00
RE1 L12	49 mg/51 mg Filmtabl. [PM]	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	77,00 142,75

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1 L12	Neparvis 97 mg/103 mg Filmtabl. [PM]	56 Stk.	-	-	142,75
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Herzinsuffizienz mit reduzierter Ejektionsfraktion wenn trotz individuell optimierter Standardtherapie mit ACE-Hemmer oder AT-II-Antagonisten der Patient/die Patientin immer noch symptomatisch ist (NYHA größer/gleich Klasse II).</p> <p>Therapieeinleitung bei linksventrikulärer Ejektionsfraktion kleiner/gleich 35% (diagnostiziert mittels transthorakalem Echokardiographiebefund nicht älter als 6 Monate). Das Serumkalium muss zu Therapiebeginn kleiner/gleich 5,4 mmol/l, der systolische Blutdruck größer/gleich 100 mm Hg und die eGFR größer/gleich 30 ml/min/1,73 m² sein.</p> <p>Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Kardiologie oder einen Facharzt/eine Fachärztin für Innere Medizin mit gültigem Diplom in transthorakaler Echokardiographie oder durch eine entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz.</p> <p>Sacubitril/Valsartan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L 12).</p> <p>Neparvis ist ident mit Entresto und stammt vom selben Anbieter.</p>					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE50 Abemaciclib					
RE1	Verzenios 50 mg Filmtabl. [PM]	14 Stk.	-	-	723,40
		56 Stk.	-	-	2819,60
RE1	100 mg Filmtabl. [PM]	14 Stk.	-	-	723,40
		56 Stk.	-	-	2819,60
RE1	150 mg Filmtabl. [PM]	14 Stk.	-	-	723,40
		56 Stk.	-	-	2819,60
<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 = Lutenizing 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 31.10.2023.</p> <p>Abemaciclib ist nach Palbociclib (Ibrance) und Ribociclib (Kisqali) der dritte CDK4/6-Inhibitor. Im angeführten Setting (lokal fortgeschritten oder metastasiert) zeigen die Substanzen eine vergleichbare Wirksamkeit im progressionsfreien Überleben. Im Gegensatz zu Palbociclib und Ribociclib wird Abemaciclib durchgehend eingenommen.</p> <p>Für die SV-Träger ist Verzenios aktuell der kostengünstigste CDK4/6-Inhibitor.</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA36 Ocrelizumab					
RE1	Ocrevus 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. [PM]	1 Stk.	-	-	5.479,40

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Als Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen mit hochaktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS), bei denen während einer mindestens einjährigen krankheitsmodifizierenden Behandlung in den vorangegangenen 12 Monaten</p> <ul style="list-style-type: none"> – mindestens ein Schub und mindestens eine Gadolinium-anreichernde T1-Läsion bzw. mindestens 9 T2-Läsionen in der kranialen MRT <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> – 2 Schübe oder mehr auftraten. <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. In klinischen Studien wurde bei PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt wurden, eine erhöhte Anzahl maligner Erkrankungen (einschließlich Mammakarzinom) beobachtet, verglichen mit den Kontrollgruppen. Bei PatientInnen mit bekannten Risikofaktoren für das Auftreten von malignen Erkrankungen und bei PatientInnen, die aktiv auf das Wiederauftreten einer malignen Erkrankung hin überwacht werden, ist das individuelle Nutzen- Risiko-Verhältnis abzuwägen. PatientInnen mit bekannter aktiver maligner Erkrankung dürfen nicht mit Ocrelizumab behandelt werden. PatientInnen sollen das Standard-Brustkrebs-Screening entsprechend der lokalen Leitlinien befolgen.</p> <p>PatientInnen, die mit Ocrelizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	L02BA03	01.05.2019
Gliclazid "ratiopharm" 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk. 60 Stk.	A10BB09	01.05.2019
Helixate NexGen 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
Helixate NexGen 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
Helixate NexGen 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.05.2019
Imatinib "Koanaa" 100 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	L01XE01	01.05.2019
Imatinib "Koanaa" 400 mg Filmtabl.	30 Stk.	L01XE01	01.05.2019
ISMN "ratiopharm" retard 50 mg Kaps.	30 Stk.	C01DA14	01.05.2019
Levocetirizin "Actavis" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AE09	01.05.2019
Losartan/HCT "Bluefish" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA01	27.03.2019
Losartan/HCT "Bluefish" 100 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09DA01	27.03.2019
Losartan-Kalium "Actavis" 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.05.2019
Montelukast "Sandoz" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	R03DC03	01.05.2019
Montelukast "Sandoz" 5 mg Kautabl.	30 Stk.	R03DC03	01.05.2019
Phenprocoumon "ratiopharm" 3 mg Tabl.	25 Stk. 100 Stk.	B01AA04	01.05.2019
Tamoxifen "Sandoz" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BA01	01.05.2019

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 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 €
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC02 Itraconazol				
Sporanox Kaps.	14 Stk.	-	-	13,10
bei Dermatomykosen				
F D				
Streichung der 4 St.-Pkg.				
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentanyl "Stada" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	8,25
	10 Stk.	-	-	15,35
25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	13,45
	10 Stk.	-	-	25,55
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	21,45
	10 Stk.	-	-	40,15
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	28,10
	10 Stk.	-	-	54,00
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	34,65
	10 Stk.	-	-	66,70
IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind				
SG				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk.				
N03 ANTIPILEPTIKA				
N03AX09 Lamotrigin				
Lamotrigin "1A Pharma" 50 mg lösl. Tabl.	30 Stk.	-	(2)	13,95
IND: Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind				
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AE04 Ziprasidon				
Zeldox 60 mg Hartkaps.	60 Stk.	-	(2)	59,90
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				
Ziprasidon "Pfizer" 20 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	28,85
	60 Stk.	-	(2)	59,90
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				

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

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C03 DIURETIKA				
C03CA02 Bumetanid				
Burinex 1 mg Tabl.	50 Stk.	T2	-	7,20
vormals Burinex "Leo" 1 mg Tabl.				
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10AA05 Atorvastatin				
Atorvastatin "Aristo" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	7,45
vormals Atorvastatin „easypharm“ 10 mg Filmtabl.				
Atorvastatin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	7,50
vormals Atorvastatin „easypharm“ 20 mg Filmtabl.				
Atorvastatin "Aristo" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,25
vormals Atorvastatin „easypharm“ 40 mg Filmtabl.				
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06AB05 Paroxetin				
Paroxetin "Aristo" 20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	5,55
vormals Paroxetin „easypharm“ 20 mg Filmtabl.				
	30 Stk.	T2	-	14,85
N06AB10 Escitalopram				
Escitalopram "Aristo" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	1,65
vormals Escitalopram „easypharm“ 5 mg Filmtabl.				
	30 Stk.	-	-	4,85
Escitalopram "Aristo" 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,80
vormals Escitalopram „easypharm“ 10 mg Filmtabl.				
	30 Stk.	T2	-	8,15
Escitalopram "Aristo" 20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,80
vormals Escitalopram „easypharm“ 20 mg Filmtabl.				
	30 Stk.	T2	-	8,15
N06AX11 Mirtazapin				
Mirtazapin "Aristo" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,25
vormals Mirtazapin „easypharm“ 30 mg Filmtabl.				

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