

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2019

Informationsstand Oktober 2019



Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	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

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
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

Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB04 Adalimumab					
Idacio 40 mg Inj.lsg. Fertigpen [PM]	2 Stk.	-	-	398,60	0,10**
IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 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 Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFJEKTIVA				
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.				



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

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.

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
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

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.

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

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.

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.

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.	-	-	140,95
		60 Stk.	-	-	249,75

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
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	1000 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	Sativex Spray zur Anw. in der Mundhöhle [PM]	3 Stk.	-	-	473,90
SG					
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

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
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
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.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
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
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
R06	ANTI-HISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG			
R06AX19	Azelastin			
Allergodil Filmtabl.	30 Stk.	-	-	6,10
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.	20 Stk.	-	(2)	3,60
vormals Tolterodin "easypharm" 1 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	10,60
Tolterodin "Aristo" 2 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	(2)	3,60
vormals Tolterodin "easypharm" 2 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	10,60
G04CA02	Tamsulosin			
Tamsulosin "Aristo" 0,4 mg Retardkaps.	10 Stk.	-	(2)	1,80
vormals Tamsulosin "easypharm" 0,4 mg Retardkaps.	30 Stk.	-	(2)	5,45
U				
N06	PSYCHOANALEPTIKA			
N06AX11	Mirtazapin			
Mirtazapin "HCS" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	6,60
vormals Mirtazapin "Alternova" 30 mg Filmtabl.				
R03	MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN			
R03DC03	Escitalopram			
Montelukast "Aristo" 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	6,35
vormals Montelukast "easypharm" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	16,55

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Montelukast "Aristo" 4 mg Kautabl. vormals Montelukast "easypharm" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	15,40
Montelukast "Aristo" 5 mg Kautabl. vormals Montelukast "easypharm" 5 mg Kautabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	6,35 16,60

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06DA04 Galantamin				
RE2 Galantamin "Aristo" 8 mg Retardkaps. L6 vormals Galantamin "easypharm" 8 mg Retardkaps.	7 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	6,00 22,65
RE2 Galantamin "Aristo" 16 mg Retardkaps. L6 vormals Galantamin "easypharm" 8 mg Retardkaps.	28 Stk.	-	(2)	37,20
RE2 Galantamin "Aristo" 24 mg Retardkaps. L6 vormals Galantamin "easypharm" 8 mg Retardkaps.	28 Stk.	-	(2)	42,15

- 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. vormals Sevelamercarbonat "Zentiva" 800 mg Filmtabl.	180 Stk.	-	-	95,20
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.				

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