



# Im Blickpunkt-Tipps

## NEU im EKO

Sammelband August, September, Oktober 2015



*Burgenländische  
Gebietskrankenkasse*

# Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Oktober 2015	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab September 2015	Seite 11
Änderungen im Erstattungskodex ab August 2015	Seite 17

## Impressum und Offenlegung gemäß §§ 24, 25 Mediengesetz Medieninhaberin und Herausgeberin:

Burgenländische Gebietskrankenkasse, gesetzliche  
Krankenversicherung, Esterhazyplatz 3, 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,  
Direktor-Stellvertreter Franz Winkovitsch

Aufsichtsbehörde: Die österreichische Sozialversicherung  
unterliegt der Aufsicht des Bundes. Oberste Aufsichtsbehörde  
ist der Bundesminister für Gesundheit

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 wichtigsten neuen Nachfolgepräparate sind die  
Generika zu Lyrica (Pregabalin), Stalevo (Levodopa,  
Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer), Cymbal-  
ta (Duloxetine), Azopt (Brinzolamid), L-Polamidon (Le-  
vomethadon) und Renvela (Sevelamer).

Mit der bevorzugten kostengünstigen generischen Ver-  
ordnung sind auch die hochpreisigen Neuaufnahmen  
mit Monatstherapiekosten von über € 10.000,- pro  
Jahr bzw. Therapiezyklus finanzierbar:

- Viekirax bei Hepatitis C
- Ofev zur Therapie der idiopathischen Lungenfibrose
- Vargatef bei NSCLC
- Otezla bei diversen Autoimmunerkrankungen
- Lynparza beim BRCA+ MammaCa
- Harvoni bei Hepatitis C
- Imbruvica bei CLL und MCL
- Plegridy bei MS

Mit Bydureon wurde das erste Inkretin-Mimetikum auf-  
genommen. Bei Jahrestherapiekosten von über €  
1.300 muss auf die Einhaltung der Re1-Regel beson-  
ders geachtet werden.

Die Fülle an Änderungen im EKO belegen jedenfalls,  
dass Veränderungsmanagement in der medikamen-  
tösen Versorgung möglich und notwendig ist.

Freundliche Grüße

DI Berthold Reichardt  
Behandlungsökonomie

Korrektur zu Miglustat GL

Im Juli 2015 wurde Miglustat G.L. als 1. Nachfolge-  
präparat zu Zavesca in den Gelben Bereich des EKO  
aufgenommen.

Miglustat G.L. hat eine bezugnehmende Zulassung,  
also eine generische Zulassung auf Basis von Bioä-  
quivalenzstudien. Diese sind eine weltweit anerkannte  
und von allen Arzneimittel-Zulassungsbehörden wis-  
senschaftlich akzeptierte Untersuchungsmethode zum  
Nachweis der Gleichwertigkeit zwischen Originator-  
produkten und Generika für die zugelassenen Indikati-  
onen. Aufgrund der Vorschriften der Orphan-Drug-Ver-  
ordnung darf bei Miglustat G.L. die Indikation Niemann  
Pick Typ C in der Fachinformation nicht angeführt wer-  
den. Alle Patienten, die zuletzt mit Zavesca therapiert  
wurden, haben die Indikation Niemann Pick Typ C.  
In dieser Indikation wird Miglustat höher dosiert und  
wegen der betroffenen pädiatrischen Population wur-  
den im Rahmen des Zulassungsverfahrens für Zavesca  
spezifische Auflagen erteilt. Aus der Empfehlung der  
SV-Träger zur kostengünstigen Verordnung darf daher  
keinesfalls eine Empfehlung zum Einsatz von Miglustat  
G.L. außerhalb der Zulassung abgeleitet werden.

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2015

Informationsstand Oktober 2015

**ROT**



**GRÜN**

## Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AX01 Azathioprin</b>					
<b>Azafalk 50 mg Filmtabl.</b>	50 Stk.	-	(2)	23,55	<b>15,50</b>
Jährlich werden ca. 90.000 Packungen der Azathioprin-Präparate Immunoprin, Azathioprin „Hexal“ oder Imurek verordnet. Die Verordnungszahlen sind im Jahresvergleich stabil und der Kostenunterschied relevant.					
<b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX16 Pregabalin</b>					
<b>Pregabalin „ratiopharm“ 25 mg Hartkaps.</b>	14 Stk.	-	-	1,85	<b>4,15</b>
	21 Stk.	-	-	2,80	<b>6,15</b>
	56 Stk.	-	-	7,45	<b>15,10</b>
	84 Stk.	-	-	10,90	<b>22,20</b>
<b>Erstanbieter in RE1</b>					
<b>50 mg Hartkaps.</b>	21 Stk.	-	-	4,60	<b>9,75</b>
	84 Stk.	-	-	17,75	<b>35,70</b>
<b>Erstanbieter in RE1</b>					
<b>75 mg Hartkaps.</b>	14 Stk.	-	-	4,65	<b>9,70</b>
	56 Stk.	-	-	17,75	<b>35,70</b>
<b>Erstanbieter in RE1</b>					
<b>100 mg Hartkaps.</b>	21 Stk.	-	-	6,20	<b>14,55</b>
	84 Stk.	-	-	24,80	<b>52,00</b>
<b>Erstanbieter in RE1</b>					
<b>150 mg Hartkaps.</b>	14 Stk.	-	-	6,60	<b>14,65</b>
	56 Stk.	-	-	24,90	<b>51,90</b>
<b>Erstanbieter in RE1</b>					
<b>200 mg Hartkaps.</b>	21 Stk.	-	-	9,70	<b>21,45</b>
	84 Stk.	-	-	36,65	<b>77,35</b>
<b>Erstanbieter in RE1</b>					
<b>225 mg Hartkaps.</b>	14 Stk.	-	-	8,00	<b>Wirkstoffstärke beim Erst-</b>
	56 Stk.	-	-	29,50	<b>anbieter nicht vorhanden</b>
<b>300 mg Hartkaps.</b>	14 Stk.	-	-	9,70	<b>21,55</b>
	56 Stk.	-	-	36,75	<b>77,60</b>
<b>Erstanbieter in RE1</b>					
Pregabalin „ratiopharm“ ist nach Pregabalin „Krka“ das 2. Nachfolgepräparat zu Lyrica. Beide Nachfolgepräparate sind - begründet durch den großen Preisvorteil von ca. 70 % - im Grünen Bereich des EKO.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2015)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer</b>					
Sastravi 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	56,70	<b>66,30</b>
100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	56,70	<b>70,15</b>
150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	56,70	<b>78,35</b>
Sastravi ist das 2. Nachfolgepräparat zu Stalevo und es gilt auch hier: großer Preisvorteil.					
<b>N04BC05 Pramipexol</b>					
Pramipexol „ratiopharm“ 0,26 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	6,05	<b>4,70</b>
0,52 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	9,95	<b>7,70</b>
	30 Stk.	-	-	28,20	<b>21,10</b>
1,05 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	16,50	<b>11,80</b>
	30 Stk.	-	-	46,05	<b>31,65</b>
1,57 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	21,80	<b>Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden</b>
	30 Stk.	-	-	62,00	
2,1 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	27,00	<b>18,80</b>
	30 Stk.	-	-	76,05	
2,62 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	31,15	<b>Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden</b>
	30 Stk.	-	-	85,40	
3,15 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	89,50	<b>71,00</b>
Pramipexol „ratiopharm“ ist das 4. retardierte Generikum zu Sifrol retard. Auch 20 Monate nach erstmaliger generischer Verfügbarkeit ist der Preisvorteil weiterhin sehr hoch.					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AE04 Ziprasidon</b>					
Ziprasidon „Actavis“ 20 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	15,15	<b>Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden</b>
	60 Stk.	-	(2)	60,55	
40 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	15,15	<b>Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden</b>
	60 Stk.	-	(2)	60,55	
60 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	15,15	<b>Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden</b>
	60 Stk.	-	(2)	60,55	
80 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	15,15	<b>Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden</b>
	60 Stk.	-	(2)	60,55	
<b>80,49 Erstanbieter in RE2</b>					
Ziprasidon ist seit Juli 2013 generisch verfügbar. Die Neuaufnahme von Ziprasidon „Actavis“ sollte auf Grund des unverändert hohen Preisvorteils Motivation sein, den Generikaanteil bei dieser Substanz weiter zu steigern.					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AX21 Duloxetin</b>					
Duloxetin „Krka“ 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	6,20	<b>Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden</b>
	30 Stk.	-	-	12,95	

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2015)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>60 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	14 Stk.	-	(2)	10,10	<b>Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 17,20</b>
	30 Stk.	-	-	20,95	
Frei verschreibbar für eine(n) Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie (N) bzw. eine(n) Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie (P)					
Jährliche 600.000 Verordnungen von Cymbalta können ab sofort durch Duloxetin "Krka" mit einem Kostenvorteil von ca. € 10 Mio. über die Neueinstellungen der nächsten Monate substituiert werden.					
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>					
<b>S01EC04 Brinzolamid</b>					
<b>Brinzo-Vision 10 mg/ml Augentropfsusp.</b>	5 ml.	-o	(2)	7,10	<b>6,20</b>
Brinzo-Vision ist das 1. Nachfolgepräparat zu Azopt.					

#### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C05 VASOPROTEKTOREN</b>				
<b>C05AA04 Prednisolon</b>				
<b>Delta Hädensa Salbe</b>	10 g	-	-	<b>2,40</b>
	20 g	-	-	<b>4,05</b>
<b>Delta Hädensa Zäpfchen</b>	6 Stk.	-	(2)	<b>2,85</b>
Die Delta Hädensa Präparate sind wirkstoffgleich zu Scheriproct Salbe und Suppositorien und kostengünstiger.				
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01DD08 Cefixim</b>				
<b>Tricef 31,8 g Trockensaft</b>	60 ml	-	-	<b>9,80</b>
F6J				
Eine Reihe von Präparaten mit dem Wirkstoff Cefixim wurde in den letzten beiden Jahren vom Markt genommen. Mit Tricef Trockensaft steht eine Darreichungsform wieder zur Verfügung.				
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03BB07 Umeclidinium bromid</b>				
<b>Incruse 55 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.</b>	30 Hb.	-	(2)	<b>39,60</b>
<b>IND: COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen</b>				

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2015)



**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A06 MITTEL BEI VERSTOPFUNG</b>					
<b>A06AH03 Naloxegol Sofosbuvir und Ledipasvir</b>					
RE1	<b>Moventig 25 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	-	-	<b>35,25</b>
		30 Stk.	-	-	<b>96,70</b>
<p>Zur Behandlung der Opioid-induzierten Obstipation bei unzureichendem Ansprechen auf zumindest zwei laxative Therapien aus dem Grünen Bereich. Die Behandlung ist auf die Dauer der Opioid-Therapie und des Auftretens der Opioid-induzierten Obstipation zu begrenzen.</p> <p>Bei Nichtansprechen nach 4 Behandlungswochen ist die Therapie mit Naloxegol zu beenden.</p>					
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BX04 Exenatid</b>					
RE1 L6	<b>Bydureon 2 mg Plv. und Lsgm. Fertigpen</b>	4 Stk.	-	-	<b>104,60</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Behandlung mit Exenatid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinientherapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich zu erfolgen (ATC Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH).</li> <li>– Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden.</li> <li>– Die Behandlung mit Exenatid darf nur bei PatientInnen ab einem Body Mass Index von 30 kg/m<sup>2</sup> begonnen werden.</li> <li>– Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.</li> <li>– 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.</li> <li>– Exenatid darf nur in Kombination mit Metformin und/oder einem Sulfonylharnstoff, mit einem Thiazolidindion oder in Kombination mit Metformin und einem Thiazolidindion eingesetzt werden. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exenatid darf nicht mit Insulinen, DPP-IV-Hemmern, SGLT2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden.</li> </ul> </li> <li>– Exenatid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden.</li> <li>– Kein Einsatz bei mäßiger bis schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 50 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz.</li> <li>– Exenatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AX16 Dasabuvir</b>					
RE1	<b>Exviera 250 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>1.126,85</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Genotyp 1a ohne Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>– Genotyp 1a mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Ribavirin für 24 Wochen</li> <li>– Genotyp 1b ohne Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir für 12 Wochen</li> <li>– Genotyp 1b mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir und Ribavirin für 12 Wochen</li> </ul> <p>Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.</p> <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.</p> <p>Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen.</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird nach Anhörung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2016.					
<b>J05AX67 Ombitasvir, Paritaprevir und Ritonavir</b>					
RE1	<b>Viekirax 12,5 mg/75 mg/50 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>12.699,65</b>
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score). <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genotyp 1a ohne Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir und Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>- Genotyp 1a mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir und Ribavirin für 24 Wochen</li> <li>- Genotyp 1b ohne Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir für 12 Wochen</li> <li>- Genotyp 1b mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Dasabuvir und Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>- Genotyp 4 ohne Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>- Genotyp 4 mit kompensierter Zirrhose: in Kombination mit Ribavirin für 24 Wochen</li> </ul> Die PatientInnen sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird nach Anhörung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.9.2016.					
Die neuen hochwirksamen Hepatitis Medikamente stellen auch international die Gesundheitssysteme vor eine große wirtschaftliche Herausforderung. Die Therapiekonzepte mit Viekirax kosten weniger als die (Kombinations-)Therapien mit Sovaldi oder Harvoni.					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE31 Nintedanib</b>					
RE1	<b>Ofev 100 mg Weichkaps.</b>	60 Stk.	-	-	<b>1.146,80</b>
RE1	<b>150 mg Weichkaps.</b>	30 Stk. 60 Stk.	- -	- -	<b>1.146,80</b> <b>2.268,90</b>
Bei erwachsenen PatientInnen zur Behandlung der idiopathischen Lungenfibrose (IPF). Diagnosesicherung und Therapiekontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie.					
Zur Therapie der idiopathischen Lungenfibrose (IPF) stand bisher nur das Präparat Esbriet zur Verfügung. Ofev hat eine vergleichbare Wirksamkeit, ist einfacher in der Anwendung (2 Kapseln statt 9) und kostet in der Standarddosierung pro Therapiejahr und Patient um ca. € 10.000,- weniger.					
RE1	<b>Vargatef 100 mg Weichkaps.</b>	120 Stk.	-	-	<b>2.268,90</b>
RE1	<b>150 mg Weichkaps.</b>	60 Stk.	-	-	<b>2.268,90</b>
Zur Kombinationstherapie mit Docetaxel von erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem, metastasiertem oder lokal rezidiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit Adenokarzinom-Histologie nach Versagen einer Erstlinienchemotherapie. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
Die Substanz Nintedanib hat als Tyrosinkinase-Inhibitor und Angiokinasehemmer einen pharmakologischen Angriffspunkt, der bei unterschiedlichen Erkrankungen relevant ist. Während in der Indikation IPF die Substanz als Ofev vertrieben wird, heißt sie in der Indikation fortgeschrittenes nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (NSCLC), wo es als Zweitlinientherapie in Kombination mit Docetaxel eingesetzt wird, Vargatef.					
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>					
<b>L03AX13 Glatirameracetat</b>					
RE1 L12	<b>Copaxone 40 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.</b>	12 Stk.	-	-	<b>853,80</b>
Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Glatirameracetat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Glatirameracetat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
Statt der täglichen Applikation von Copaxone 20 mg kann alternativ das Dosierungsintervall auf 3mal wöchentlich 40mg verlängert werden.					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA32 Apremilast</b>					
RE1 L12	<b>Otezla 10 mg/20 mg/30 mg Filmtabl. Starterpackung</b>	27 Stk.	-	-	<b>410,40</b>
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. 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. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.					
RE1 L12	<b>30 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>824,70</b>
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. 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. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Apremilast eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).					
Apremilast ist ein Phosphodiesterase-Hemmer mit der Zulassung bei mittelschwerer bis schwerer chronischer Plaque Psoriasis und Psoriasisarthritis. Das Präparat wird als gleichwertig zu den bisher etablierten Therapieformen bewertet, kostet allerdings deutlich weniger.					



## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Clarithromycin „Ranbaxy“ 250 mg/5 ml Gran. z. Herst. einer Susp. z. Einnehmen	70 ml	J01FA09	28.08.2015
Doxystad 200 mg Tabs lösbl. Tabl.	5 Stk. 10 Stk.	J01AA02	01.10.2015
Ibandronsäure Osteonat 6 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	M05BA06	01.10.2015
Losartan/HCT „ratiopharm“ 100 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA01	01.10.2015
Lumigan 0,3 mg/ml Augentropf.	1 Stk.	S01EE03	01.10.2015
Timolol „Santen“ 0,25 % Augentropf.	5 ml	S01ED01	09.09.2015
Timolol „Santen“ 0,5 % Augentropf.	5 ml	S01ED01	09.09.2015

## Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>				
<b>B02AA02 Tranexamsäure</b>				
Cyklokapron 500 mg Filmtabl. <i>vormals Cyklokapron Filmtabl.</i>	20 Stk. 100 Stk.	- -	(2) -	<b>13,50</b> <b>53,25</b>
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>				
<b>C01BC04 Flecainid</b>				
Aristocor 100 mg Tabl. <i>vormals Aristocor Tabl.</i>	20 Stk. 50 Stk.	T2 T2	(2) -	<b>12,15</b> <b>25,25</b>
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>				
<b>N06AB10 Escitalopram</b>				
Escitalopram „Actavis“ 5 mg Filmtabl. <i>vormals Solatcit 5 mg Filmtabl.</i>	14 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	<b>2,75</b> <b>5,25</b>
Escitalopram „Actavis“ 10 mg Filmtabl. <i>vormals Solatcit 10 mg Filmtabl.</i>	14 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	<b>4,60</b> <b>8,55</b>
Escitalopram „Actavis“ 20 mg Filmtabl. <i>vormals Solatcit 20 mg Filmtabl.</i>	14 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	<b>4,60</b> <b>8,55</b>

## Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02CC01 Sumatriptan</b>				
RE1   Imigran Supp.	6 Stk.	-	-	<b>37,65</b>
Streichung der 2 Stk.-Packung				

**Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>S01 OPTHALMIKA</b>				
<b>S01GA01 Naphazolin (<i>vormals S01GA51</i>)</b>				
Coldophthal Augentropf.	10 ml	-	(2)	<b>2,20</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
30 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	23,80	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>163,26</b> Erstanbieter nicht im EKO
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	

Mit der Markteinführung des zweiten Aripiprazol Nachfolgers sinken die Preise erneut. Zusätzlich können nun von Seiten der WGKK jährlich 275.000 Euro gespart werden (gesamt von 1.890.000 auf 2.165.000 Euro). Österreichweit verursacht der Wirkstoff Kosten von 20,6 Mio. Euro jährlich.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>					
<b>A02BC02 Pantoprazol</b>					
Pantoprazol „Mylan“ 20 mg magensaftres. Tabl.	14 Stk.	-	-	1,10	<b>2,80</b>
	30 Stk.	-	(2)	2,35	<b>4,56</b>
40 mg magensaftres. Tabl.	7 Stk.	-	-	1,10	<b>2,45</b>
	14 Stk.	-	-	2,25	<b>3,80</b>
	30 Stk.	-	-	4,85	<b>4,22</b>

Pantoprazol Mylan: „Mit Pantoprazol „Mylan“ kommt ein weiteres Pantoprazolpräparat auf den Markt, welches noch kostengünstiger ist als die bisher wirtschaftlichsten Pantoprazol-Alternativen. Aufgrund der nach wie vor hohen Verordnungszahlen für den Erstanbieter Pantoloc ist das Einsparpotential sehr hoch.

Achtung: großer Preisunterschied zwischen den generischen Präparaten. Zur Ausschöpfung des hohen Einsparpotentials ist es wichtig, das Ökotool zu verwenden.“

<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer</b>					
Levodopa/Carbidopa/Entacapon „ratiopharm“ 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	<b>20,95</b>
	100 Stk.	-	-	66,70	<b>56,30</b>
75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	66,70	
100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	<b>24,00</b>
	100 Stk.	-	-	66,70	<b>60,15</b>
125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	66,70	
150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	<b>27,05</b>
	100 Stk.	-	-	66,70	<b>68,35</b>
175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	66,70	
200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	66,70	

Mit der Markteinführung des ersten Nachfolgers von Stalevo steht das Kombipräparat, welches jährlich Kosten von 6,7 Mio. Euro verursacht, erstmals generisch zur Verfügung.

<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AX12 Aripiprazol</b>					
Aripiprazol „ratiopharm“ 10 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	23,80	<b>38,18</b>
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	<b>66,21</b>
15 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	23,80	<b>38,18</b>
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	<b>66,21</b>
20 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	23,80	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	

000.000 Euro jährlich.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>30 mg Tabl.</b>	10 Stk.	T2	(2)	23,80	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>163,26</b> Erstanbieter nicht im EKO
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	
Aripiprazol ratiopharm: „Aripiprazol „ratiopharm“ ist das zweite Nachfolgepräparat zu Abilify. Bei einer 20-Millionen-Euro-Substanz ist die kostengünstige Verordnung des Wirkstoffs besonders wichtig für unser Gesundheitssystem.“					

**Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A03 MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN</b>				
<b>A03FA01 Metoclopramid</b>				
<b>Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	150 ml	-	-	<b>3,10</b>
Mit der Aufnahme von Ceolat 1mg/ml Lsg. wird wieder ein Metoclopramid-Präparat in flüssiger Form in den Erstattungskodex aufgenommen. Geändert hat sich das Anwendungsgebiet: Vorbeugung von nach Chemotherapie verzögert auftretender Übelkeit und verzögert auftretendem Erbrechen (CINV), Vorbeugung von Übelkeit und Erbrechen, die durch Strahlentherapie verursacht werden (RINV),- symptomatischen Behandlung von Übelkeit und Erbrechen, einschließlich Übelkeit und Erbrechen, die durch akute Migräne hervorgerufen werden; Metoclopramid kann in Kombination mit oralen Schmerzmitteln verwendet werden, um die Resorption des Schmerzmittels bei akuter Migräne zu fördern				

**ROT** → **GELB**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>						
<b>N07BC05 Levomethadon</b>						
RE1	<b>Levo-Methasan 5 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen</b>	100 ml	-	-	14,15	<b>12,85</b> Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>36,60</b>
		150 ml	-	-	20,30	
		300 ml	-	-	39,20	
SG						
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)						
Levo-Methasan ist der erste Nachfolger von L-Polamidon, einem Konzentrat zur Herstellung magistraler Levomethadonhydrochlorid-Lösungen. Mit 150 ml steht eine zusätzliche Packungsgröße zur Verfügung, die bei bestimmten Dosierungen zu einer Reduktion des Verwurfs von angebrochenen Packungen führt. Damit vergrößert sich im Einzelfall der Kostenvorteil gegenüber L-Polamidon.						

**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII</b>					
RE1	<b>Octanate LV 100 IE/ml Plv.</b>	1 Stk. (500I E)	-	-	<b>380,65</b>
RE1	<b>200 IE/ml Plv.</b>	1 Stk. (1000 IE)	-	-	<b>736,60</b>
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					

**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA</b>					
<b>H01AC01 Somatropin</b>					
RE1	<b>Omnitrope 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.</b>	1 Stk. 5 Stk.	- -	- -	<b>325,15</b> <b>1.513,95</b>
Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XX46 Olaparib</b>					
RE1	<b>Lynparza 50 mg Hartkaps.</b>	448 Stk.	-	-	<b>5.302,80</b>
Als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines BRCA-mutierten (Keimbahn und/oder somatisch), high-grade, serösen, epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständiges oder partielles Ansprechen mittels RECIST-Kriterien dokumentiert). Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. 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 Platin-sensitiven Rezidivs eines BRCA-mutierten (Keimbahn und/oder somatisch), high-grade, serösen, epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms. Das alleinige Einsatzgebiet sind Patientinnen mit einer BRCA Mutation, die Platin-sensitiv sind und ein Rezidiv entwickeln.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2015)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07BC02 Methadon</b>					
RE1	Methasan 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	100 ml	-	-	12,60
		150 ml	-	-	18,30
		300 ml	-	-	34,70
SG					
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)					
Methasan ist ein Konzentrat zur Herstellung magistraler Methadonlösungen.					
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>					
<b>S01EE01 Latanoprost</b>					
RE2	Monopost 50 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen	30 Stk.	-	(2)	15,10
In der Indikation Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit.					

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Acetylcystein „Hexal“ 100 mg lösbl. Tabl.	20 Stk.	R05CB01	01.09.2015
Arulatan 50 mcg/ml Augentropf.	2,5 ml	S01EE01	01.09.2015
Brufen 400 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	M01AE01	01.09.2015
Gabapentin „Actavis“ 400 mg Hartkaps.	100 Stk.	N03AX12	01.09.2015
Lanolept 50 mg Tabl.	50 Stk.	N05AH02	01.09.2015
Metformin „Pfizer“ 850 mg Filmtabl.	30 Stk. 90 Stk.	A10BA02	01.09.2015
Naprobene 250 mg Filmtabl.	30 Stk.	M01AE02	01.09.2015
Octanate 50 IE/ml (500 IE)	1 Stk.	B02BD02	01.09.2015
Octanate 100 IE/ml (1000 IE)	1 Stk.	B02BD02	01.09.2015
Ultracortenol 0,5 % Augentropf.	5 ml	S01BA04	01.09.2015

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BG03 Pioglitazon</b>				
Pioglitazon „Teva“ 15 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	9,75
30 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	9,75
45 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	9,75
<b>IND:</b> Wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird				
63.511 Packungen von Pioglitazon-Präparaten wurden im 1. Halbjahr 2015 mit Vorbewilligungspflicht verordnet. Für Pioglitazon Teva entfällt ab sofort die Vorbewilligungspflicht.				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €																																																
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>																																																				
<b>L02BB04 Enzalutamid</b>																																																				
RE1	<b>Xtandi 40 mg Weichkaps.</b>	112 Stk.	-	(2)	<b>3.064,80</b>																																															
<p>Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei</li> <li>- PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und</li> <li>- Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogon 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> <p>- zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist.</p> <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>Nummehr hat auch Xtandi die Zulassung als Firstline Therapie, wenn eine Chemotherapie noch nicht indiziert ist, erhalten.</p>																																																				
<b>L02BX03 Abirateron</b>																																																				
RE1	<b>Zytiga 250 mg Tabl.</b>	120 Stk.	-	(2)	<b>3.281,95</b>																																															
<p>Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei</li> <li>• PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und</li> <li>• Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogon 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> <p>- zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist.</p> <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>Entsprechend der Zulassungserweiterung kann nun auch Xtandi, analog zu Zytiga, vor einer Chemotherapie eingesetzt werden. Der Verordnungsverlauf der beiden Substanzen zeigt eine lineare Entwicklung bis zur Indikationserweiterung (vor einer Chemotherapie) von Zytiga Ende 2013. Der nochmalige Verordnungsanstieg erreicht im 1. Quartal 2015 ein Plateau.</p>																																																				
<table border="1"> <caption>Verordnungsentwicklung Zytiga und Xtandi (geschätzte Werte)</caption> <thead> <tr> <th>Quartal</th> <th>Abirateron (Zytiga)</th> <th>Enzalutamid (Xtandi)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2011Q04</td><td>300</td><td>0</td></tr> <tr><td>2012Q01</td><td>600</td><td>0</td></tr> <tr><td>2012Q02</td><td>700</td><td>0</td></tr> <tr><td>2012Q03</td><td>850</td><td>0</td></tr> <tr><td>2012Q04</td><td>900</td><td>0</td></tr> <tr><td>2013Q01</td><td>1100</td><td>0</td></tr> <tr><td>2013Q02</td><td>1300</td><td>0</td></tr> <tr><td>2013Q03</td><td>1500</td><td>0</td></tr> <tr><td>2013Q04</td><td>1600</td><td>0</td></tr> <tr><td>2014Q01</td><td>1600</td><td>0</td></tr> <tr><td>2014Q02</td><td>1800</td><td>200</td></tr> <tr><td>2014Q03</td><td>2200</td><td>500</td></tr> <tr><td>2014Q04</td><td>2300</td><td>700</td></tr> <tr><td>2015Q01</td><td>2300</td><td>900</td></tr> <tr><td>2015Q02</td><td>2400</td><td>1100</td></tr> </tbody> </table>					Quartal	Abirateron (Zytiga)	Enzalutamid (Xtandi)	2011Q04	300	0	2012Q01	600	0	2012Q02	700	0	2012Q03	850	0	2012Q04	900	0	2013Q01	1100	0	2013Q02	1300	0	2013Q03	1500	0	2013Q04	1600	0	2014Q01	1600	0	2014Q02	1800	200	2014Q03	2200	500	2014Q04	2300	700	2015Q01	2300	900	2015Q02	2400	1100
Quartal	Abirateron (Zytiga)	Enzalutamid (Xtandi)																																																		
2011Q04	300	0																																																		
2012Q01	600	0																																																		
2012Q02	700	0																																																		
2012Q03	850	0																																																		
2012Q04	900	0																																																		
2013Q01	1100	0																																																		
2013Q02	1300	0																																																		
2013Q03	1500	0																																																		
2013Q04	1600	0																																																		
2014Q01	1600	0																																																		
2014Q02	1800	200																																																		
2014Q03	2200	500																																																		
2014Q04	2300	700																																																		
2015Q01	2300	900																																																		
2015Q02	2400	1100																																																		

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2015)

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>				
<b>S01ED51 Timolol, Kombinationen</b>				
<b>Dorzolamid comp „ratiopharm“ 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. vormals Dorzoratio comp 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.</b>	5 ml 1 ml = 30 Tr.	-	(2)	<b>6,10</b>
Au				
<b>Latanoprost comp „ratiopharm“ 50 mcg/ml und 5 mg/ml Augentropf. vormals Latanoratio comp 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.</b>	2,50 ml 1 ml = 33 Tr.	-	(2)	<b>10,00</b>
Au				
<b>S01EE01 Latanoprost</b>				
<b>Latanoprost „ratiopharm“ 50 mcg/ml Augentropf. vormals Latanoratio 50 mcg/ml Augentropf.</b>	2,50 ml 1 ml = 32 Tr.	-	(2)	<b>8,95</b>
Au				

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>				
<b>C07BB07 Bisoprolol und Thiazide</b>				
<b>Rivacor plus Filmtabl.</b>	50 Stk..	-	-	<b>8,50</b>
<b>plus forte Filmtabl.</b>	50 Stk..	-	-	<b>9,65</b>
Streichung der 20 Stk.-Packungen				
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09XA52 Aliskiren und Hydrochlorothiazid</b>				
<b>Rasilez HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabl.</b>	28 Stk..	-	(2)	<b>24,55</b>
<b>150 mg/25 mg Filmtabl.</b>	28 Stk..	-	(2)	<b>24,55</b>
<b>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</b>				
Streichung der 14 Stk.-Packungen				
Die positive Erwartungshaltung für Aliskiren konnte in klinischen Endpunktstudien nicht bestätigt werden. Nach der Streichung von Rasilamlo im Juli 2015 fallen nun auch die Kleinpackungen von Rasilez HCT aus der Erstattung. Neueinstellungen auf ein Aliskiren-Präparat sollten mit Hinweis auf die Studienergebnisse mit dieser Substanz daher besonders kritisch erfolgen.				
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>				
<b>M01AE03 Ketoprofen</b>				
<b>Profenid retard 200 mg Kaps.</b>	30 Stk..	-	(2)	<b>8,70</b>
Streichung der 50 Stk.-Packung				



Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BC05 Pramipexol</b>					
<b>Pramipexol „Sandoz“ 0,26 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	6,20	<b>4,55</b>
<b>0,52 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	10,10	<b>7,55</b>
	30 Stk.	-	-	28,65	<b>20,65</b>
<b>1,05 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	16,75	<b>11,55</b>
	30 Stk.	-	-	46,75	<b>30,95</b>
<b>2,1 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	27,00	<b>18,80</b>
	30 Stk.	-	-	76,65	<b>47,80</b>
<b>3,15 mg Retardtabl.</b>	30 Stk.	-	-	99,40	<b>61,10</b>
Bei einem Aufwand von ca. € 1,5 Mio. im 1. Quartal 2015 für Sifrol retard sollte der angeführte Preisvorteil des 4. Generikums Motivation sein, die kostengünstigeren Alternativen zu bevorzugen.					

#### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AD02 Tacrolimus</b>				
<b>Envarsus 0,75 mg Retardtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	59,55
<b>1 mg Retardtabl.</b>	60 Stk.	-	(2)	133,40
<b>4 mg Retardtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	173,45
<b>IND:</b> nach Organtransplantationen				
Envarsus wurde von der EMA auf Basis von klinischen Vergleichsstudien mit Advagraf und Prograf zugelassen, die eine vergleichbare Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Envarsus gezeigt haben. Die Monatstherapiekosten sind allerdings deutlich niedriger als bei Advagraf oder Prograf.				

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2015)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BC05 Pramipexol</b>					
<b>Pramipexol „Sandoz“ 0,26 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	6,20	<b>4,55</b>
<b>0,52 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	10,10	<b>7,55</b>
	30 Stk.	-	-	28,65	<b>20,65</b>
<b>1,05 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	16,75	<b>11,55</b>
	30 Stk.	-	-	46,75	<b>30,95</b>
<b>2,1 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	27,00	<b>18,80</b>
	30 Stk.	-	-	76,65	<b>47,80</b>
<b>3,15 mg Retardtabl.</b>	30 Stk.	-	-	99,40	<b>61,10</b>
Bei einem Aufwand von ca. € 1,5 Mio. im 1. Quartal 2015 für Sifrol retard sollte der angeführte Preisvorteil des 4. Generikums Motivation sein, die kostengünstigeren Alternativen zu bevorzugen.					

**Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AD02 Tacrolimus</b>				
<b>Envarsus 0,75 mg Retardtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	59,55
<b>1 mg Retardtabl.</b>	60 Stk.	-	(2)	133,40
<b>4 mg Retardtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	173,45
<b>IND:</b> nach Organtransplantationen				
Envarsus wurde von der EMA auf Basis von klinischen Vergleichsstudien mit Advagraf und Prograf zugelassen, die eine vergleichbare Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Envarsus gezeigt haben. Die Monatstherapiekosten sind allerdings deutlich niedriger als bei Advagraf oder Prograf.				



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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL</b>					
<b>V03AE02 Sevelamer</b>					
RE2 <b>Sevelamercarbonat „Stada“ 800 mg Filmtabl.</b>	180 Stk.	-	-	123,00	<b>91,00</b>
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.					
RE2 <b>Sevelamercarbonat „Zentiva“ 800 mg Filmtabl.</b>	180 Stk.	-	-	123,00	<b>91,00</b>
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.					
Sevelamercarbonat Zentiva und Stada sind die ersten Nachfolgepräparate zu Renvela.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2015)

**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AX65 Sofosbuvir und Ledipasvir</b>					
RE1	<b>Harvoni 90 mg/400 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>15.956,00</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score).</p> <p>Genotyp 1: - bei therapie-naiven PatientInnen ohne Zirrhose für 8 Wochen - bei vorbehandelten PatientInnen oder/und kompensierter Zirrhose für 12 Wochen</p> <p>Genotyp 4: - ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen</p> <p>PatientInnen, die mit Sofosbuvir/Ledipasvir behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.</p> <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.</p> <p>Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen.</p> <p>Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird nach Anhörung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31. Juli 2016.</p>					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE27 Ibrutinib</b>					
RE1	<b>Imbruvica 140 mg Hartkaps.</b>	90 Stk. 120 Stk.	- -	- -	<b>5.855,50</b> <b>7.799,15</b>
<p>1. Bei erwachsenen PatientInnen mit rezidivierender oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben und die für eine Chemotherapie nicht geeignet sind.</p> <p>2. Bei erwachsenen PatientInnen mit CLL als Erstlinientherapie, die aufgrund einer 17p Deletion oder einer TP53 Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</p> <p>3. Bei erwachsenen PatientInnen mit rezidivierendem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL).</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämatologisch spezialisierte(n) Facharzt/Fachärztin.</p>					
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>					
<b>L03AB13 Peginterferon beta-1a</b>					
RE1	<b>Plegridy 63 mcg und 94 mcg Inj.lsg. Fertigpen</b>	2 Stk.	-	-	<b>876,65</b>
RE1	<b>Fertigspr.</b>	2 Stk.	-	-	<b>876,65</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose.</p> <p>Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,0.</p> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
RE1 L12	<b>Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigpen</b>	2 Stk.	-	-	<b>876,65</b>
RE1 L12	<b>Fertigspr.</b>	2 Stk.	-	-	<b>876,65</b>

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2015)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose.                      Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,0.                      Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.                      PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.                      Peginterferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA31 Teriflunomid</b>					
RE1	<b>Aubagio 14 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	<b>406,85</b>
L6		28 Stk.	-	-	<b>789,05</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden.                      Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5.                      Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.                      PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.                      Teriflunomid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07XX09 Dimethyl fumarat</b>					
RE1	<b>Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	14 Stk.	-	-	<b>305,35</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose:                      Kriterien bei Ersteinstellung:                      – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und                      – EDSS kleiner gleich 5,0                      Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.                      Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation.                      PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
RE1	<b>240 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	-	<b>1.143,60</b>
L6					
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose:                      Kriterien bei Ersteinstellung:                      – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und                      – EDSS kleiner gleich 5,0                      Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.                      Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation.                      PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.                      Dimethylfumarat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</p>					

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Anapen 300 mcg in 0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b>	1 Stk.	C01CA24	01.08.2015
<b>Anapen Junior 150 mcg in 0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b>	1 Stk.	C01CA24	01.08.2015
<b>DHE „ratiopharm“ 2,5 mg Kaps.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C04AE	01.08.2015
<b>DiclacHexal retard 150 mg Tabl.</b>	14 Stk.	M01AB05	01.08.2015
<b>Glucobene 1,75 mg Tabl.</b>	30 Stk. 120 Stk.	A10BB01	01.08.2015
<b>Glucobene 3,5 mg Tabl.</b>	30 Stk. 120 Stk.	A10BB01	01.08.2015
<b>Lamotrigin „Allen“ 5 mg lösl. Tabl.</b>	30 Stk.	N03AX09	01.08.2015
<b>Lamotrigin „Allen“ 25 mg lösl. Tabl.</b>	30 Stk.	N03AX09	01.08.2015
<b>Lamotrigin „Allen“ 50 mg lösl. Tabl.</b>	30 Stk.	N03AX09	01.08.2015
<b>Lamotrigin „Allen“ 100 mg lösl. Tabl.</b>	50 Stk.	N03AX09	01.08.2015
<b>Lamotrigin „Allen“ 200 mg lösl. Tabl.</b>	50 Stk.	N03AB09	01.08.2015
<b>Mefenabene 250 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	M01AG01	01.08.2015
<b>Mitomycin C „Kyowa“ 10 mg Trockenstechamp.</b>	1 Stk. 5 Stk.	L01DC03	01.08.2015
<b>Motilium 30 mg Supp.</b>	6 Stk.	A03FA03	12.06.2015
<b>Norfloxacin „ratiopharm“ 400 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 20 Stk.	J01MA06	01.08.2015
<b>Olanzapin „Sandoz“ 7,5 mg Filmtabl.</b>	7 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.08.2015
<b>Sali-Aldopur Drag.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C03EA13	29.06.2015
<b>Sotamed 80 mg Tabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C07AA07	29.06.2015
<b>SucraMed 1000 mg Tabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	A02BX02	24.06.2015

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AX15 Sofosbuvir</b>					
RE1	<b>Sovaldi 400 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>14.224,35</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Genotyp 1, 3, 4, 5 oder 6: in Kombination mit Peginterferon alfa und Ribavirin für 12 Wochen</li> <li>– Genotyp 2: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen</li> </ul> <p>PatientInnen, die mit Sofosbuvir behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.</p> <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.</p> <p>Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen.</p> <p>Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird nach Anhörung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c">www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c</a> publiziert.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31. Juli 2016.</p>					
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>					
<b>L03AB07 Interferon beta-1a</b>					
RE1 L12	<b>Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigen</b>	4 Stk.	-	-	<b>840,30</b>
RE1 L12	<b>30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.</b>	4 Stk.	-	-	<b>840,30</b>
RE1 L12	<b>30 mcg/1 ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (Bio-Set)</b>	4 Stk.	-	-	<b>840,30</b>
<p>Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose.</p> <p>Kriterien bei Erstinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5.</p> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>Schulung der PatientInnen in der Applikationstechnik.</p> <p>PatientInnen, die mit Interferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>Interferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>					

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J06 IMMUNSERE UND IMMUNGLOBULINE</b>					
<b>J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung</b>					
RE1	<b>Gammanorm 165 mg/ml Inj.lsg.</b>	10 Stk. (6 ml)	-	-	<b>429,90</b>
		1 Stk. (48 ml)	-	-	<b>353,85</b>
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.					
Aufnahme weiterer Packungsgrößen – 1 Stk. (48 ml) und 10 Stk. (6 ml)					

**Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02CA01 Dihydroergotamin (vormals C04AE)</b>				
Dihydergot 2,5 mg Tabl.	20 Stk.	-	(2)	<b>3,90</b>
	50 Stk.	-	(2)	<b>8,05</b>

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>					
<b>J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung</b>					
RE1	Gammanorm 165 mg/ml Inj.lsg.	10 Stk. (6 ml)	-	-	<b>429,90</b>
		1 Stk. (48 ml)	-	-	<b>353,85</b>
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.					
Aufnahme weiterer Packungsgrößen – 1 Stk. (48 ml) und 10 Stk. (6 ml)					

**Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02CA01 Dihydroergotamin (vormals C04AE)</b>				
Dihydergot 2,5 mg Tabl.	20 Stk.	-	(2)	<b>3,90</b>
	50 Stk.	-	(2)	<b>8,05</b>



---

*Burgenländische  
Gebietskrankenkasse*

---