

EKO-MED-INFO

Sammelband

Informationen für Vertragsärzte der Kärntner Gebietskrankenkasse

Neu im EKO-SAMMELBAND

(Änderungen ab August, September und Oktober 2018)

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2018

Informationsstand Oktober 2018

ROT → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ¹ |
|---|--------------------|----------|----------|-----------------|---|
| B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL | | | | | |
| B01AB05 Enoxaparin | | | | | |
| Enoxaparin Becat 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr. | 10 Stk. | - | - | 13,70 | 7,80 |
| Fertigspr. 4.000 IE (40 mg)/0,4 ml Inj.lsg. | 6 Stk. 10 Stk. | - - | - - | 16,30 26,65 | 7,92 14,10 |
| Fertigspr. 6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. | 10 Stk. | - | - | 32,65 | 24,10 Erstanbieter in RE1 |
| Fertigspr. 8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. | 10 Stk. 30 Stk. | - - | - - | 42,20 119,45 | 33,50 Erstanbieter in RE1 101,25 Erstanbieter nicht im EKO |
| Fertigspr. 10.000 IE (100 mg)/1 ml Inj.lsg. | 10 Stk. 30 Stk. | - - | - - | 49,80 135,20 | 39,50 145,75 Erstanbieter nicht im EKO |
| Über 400.000 Packungen von Lovenox wurden im ersten Halbjahr 2018 mit den SV-Trägern abgerechnet, davon ca. 50.000 aus dem vorbewilligungspflichtigen RE1-Bereich. Bei Enoxaparin Becat entfällt die Bewilligungspflicht. Aufgrund des Preisvorteils können entsprechend dem Ampelpinzip keine Bewilligungen von Lovenox mehr erfolgen. | | | | | |
| C01 HERZTHERAPIE | | | | | |
| C01EB17 Ivabradin | | | | | |
| Ivabradin „Stada“ 5 mg Filmtabl. | 28 Stk. 56 Stk. | T2 T2 | - (3) | 8,20 15,70 | 26,00 Erstanbieter in RE1 43,70 Erstanbieter in RE1 |
| 7,5 mg Filmtabl. | 28 Stk. 56 Stk. | - - | - (3) | 8,20 15,70 | 26,00 Erstanbieter in RE1 43,70 Erstanbieter in RE1 |

¹ Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2018)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ¹ |
|--|------------------------|---|-----|-------|---|
| Die ersten Ivabradin Generika wurden mit September in den Grünen Bereich aufgenommen. Procoralan kostet ein Vielfaches und ist vorbewilligungspflichtig. Aufgrund des Preisvorteils können entsprechend dem Ampelprinzip keine Bewilligungen von Procoralan mehr erfolgen. | | | | | |
| C03 DIURETIKA | | | | | |
| C03CA01 Furosemid | | | | | |
| Furosemid „Accord“ 10 mg/ml Inj.- oder Inf.lsg. | 5 Stk. (20 mg/2 ml) | - | (2) | 1,75 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,90 Erstanbieter nicht im EKO |
| | 5 Stk. (40 mg/4 ml) | - | (2) | 3,45 | |
| Neben Furon ist Furosemid Accord jetzt das zweite parenterale Furosemid Präparat, das im EKO gelistet ist. | | | | | |
| C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN | | | | | |
| C10AX09 Ezetimib | | | | | |
| Ezegelan 10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 12,45 | 34,10 Erstanbieter in RE2 |
| Ezetimib „+pharma“ 10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 15,00 | 31,55 Erstanbieter in RE2 |
| Ezetimib „Actavis“ 10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 15,00 | 31,55 Erstanbieter in RE2 |
| Ezetimib „Genericon“ 10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 15,00 | 31,55 Erstanbieter in RE2 |
| Ezetimib „HCS“ 10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 15,00 | 31,55 Erstanbieter in RE2 |
| Ezetimib „Hexal“ 10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 15,00 | 31,55 Erstanbieter in RE2 |
| Ezetimib „ratiopharm“ 10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 15,00 | 31,55 Erstanbieter in RE2 |
| Ezetimib „Sandoz“ 10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 15,00 | 31,55 Erstanbieter in RE2 |
| C10BA02 Simvastatin und Ezetimib | | | | | |
| Ezetimib/Simvastatin „Actavis“ 10 mg/10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 34,55 Erstanbieter in RE2 |
| 10 mg/20 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 38,15 Erstanbieter in RE2 |
| Ezetimib/Simvastatin „ratiopharm“ 10 mg/10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 34,55 Erstanbieter in RE2 |
| 10 mg/20 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 38,15 Erstanbieter in RE2 |
| 10 mg/40 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 54,85 Erstanbieter nicht im EKO |
| 10 mg/80 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 58,90 Erstanbieter nicht im EKO |

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ¹ |
|--|---------|---|-----|-------|---|
| Ezetimib/Simvastatin „Sandoz“ 10 mg/10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 34,55 Erstanbieter in RE2 |
| 10 mg/20 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 38,15 Erstanbieter in RE2 |
| 10 mg/40 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 54,85 Erstanbieter nicht im EKO |
| 10 mg/80 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 16,45 | 58,90 Erstanbieter nicht im EKO |

Von den Ezetimib-Generika und den angeführten Kombinationspräparaten Ezetimib+Simvastatin sind erstmals drei Packungen frei verschreibbar.

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---------------------------|------------------|---|----|-------|
| N01 ANÄSTHETIKA | | | | |
| N01BB02 Lidocain | | | | |
| Cathejell Lidocain 2% Gel | 5 Stk. 12,5 g | - | - | 8,65 |

R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN

R03AL08 Vilanterol, Umeclidinium bromid und Fluticason furoat

| | | | | |
|--|--------|---|---|-------|
| Trelegy Ellipta 92 mcg/55 mcg/22 mcg einzeldosiertes Pulver zur Inhalation  | 30 Hb. | - | - | 76,40 |
|--|--------|---|---|-------|

IND: COPD ab GOLD 3 und COPD-Assessment-Test (CAT) größer gleich 10 Punkte, wenn trotz einer täglichen maximal dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) oder einem langwirkenden Beta2-Agonisten plus inhalativem Corticosteroid (LABA + ICS) mindestens zwei Exazerbationen oder mindestens eine Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftraten, nach Erstverordnung durch PulmologInnen.

Trelegy Ellipta ist mit einer einmal täglichen Dosierung bzw. 24 Stunden Wirksamkeit eine Alternative zu den vergleichbaren ICS/LAMA/LABA-Kombinationstherapien mit Einzel- oder Kombinationspräparaten.

ROT → **GELB** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kosten-ersparnis € pro Packung* | |
|---|--|---------|----|-------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | | | |
| J05AR06 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Efavirenz | | | | | | |
| RE1 | Efavirenz/Emtricitabin/Tenofovir-disoproxil „Krka“ 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 220,00 | 802,70 Erstanbieter nicht im EKO |

Bei HIV-1-infizierten Erwachsenen.

Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.

Efavirenz/Emtricitabin/Tenofoviridisoproxil „Krka“ ist ein Generikum zu Atripla und hat das Preisniveau für diese Substanzkombination weiter reduziert.

Aufnahme kostengünstiger Biosimilars in den Gelben Bereich:

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ² |
|--|---|--------|---|----|--------|---|
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | | | |
| L04AB01 Etanercept | | | | | | |
| RE2 | Erelzi 25 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 4 Stk. | - | - | 247,10 | 123,90 |
| <p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis bei Kindern ab 4 Jahren bei Versagen oder Unverträglichkeit von Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen 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.</p> <p>4. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (AS, Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>5. Schwere aktive axiale Spondyloarthritis erwachsener PatientInnen ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Diagnose, Erstverordnung, Therapieeinstellung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Zentren.</p> <p>6. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, in einer Dosierung von maximal 50 mg pro Woche. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> | | | | | | |
| RE2 | 50 mg Inj.lsg. Fertigpen | 4 Stk. | - | - | 477,35 | 238,30 |
| RE2 | 50 mg Inj.lsg. Fertigspr. | 4 Stk. | - | - | 477,35 | 238,30 |
| <p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. 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 zwei anderen 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.</p> <p>3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (AS, Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schwere aktive axiale Spondyloarthritis erwachsener PatientInnen ohne Röntgennachweis einer AS mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und mit objektiven Anzeichen einer Entzündung nachgewiesen durch erhöhtes CRP und MRT, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten, inklusive unzureichendem Ansprechen auf mindestens zwei NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) in maximaler Dosierung und ausreichender Dauer. Diagnose, Erstverordnung, Therapieeinstellung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Zentren.</p> <p>5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA, in einer Dosierung von maximal 50 mg pro Woche. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> | | | | | | |
| Erelzi ist deutlich kostengünstiger als Enbrel und Benepali. | | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---|--------------------|--------|--------|------------------------------------|
| L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL | | | | | |
| L01XX54 Niraparib | | | | | |
| RE1 | Zejula 100 mg Hartkaps. (PM) | 56 Stk. 84 Stk. | - - | - - | 6.029,30 9.035,45 |
| <p>Als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines gering differenzierten serösen Karzinoms der Ovarien, der Tuben oder mit primärer Peritonealkarzinose, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständiges oder partielles Ansprechen mittels RECIST-Kriterien dokumentiert).</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 Platin-sensitiven Rezidivs eines gering differenzierten serösen Karzinoms der Ovarien, der Tuben oder einer primären Peritonealkarzinose.</p> | | | | | |
| R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN | | | | | |
| R03DX10 Benralizumab | | | | | |
| RE1 L6 | Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM) | 1 Stk. | - | - | 2.310,45 |
| <p>- Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen pro Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> · wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptorantagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND · wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten <p>- vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</p> <p>- mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthma.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie.</p> <p>Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> | | | | | |
| R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT | | | | | |
| R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor | | | | | |
| RE1 L6 | Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl. (PM) | 112 Stk. | - | - | 11.021,45 |
| <p>- Bei PatientInnen ab 6 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot sind für die F508del-Mutation im CFTR-Gen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>- Einsatz nur bei PatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> · mit einer eingeschränkten Lungenfunktion (FEV1 < 90 %) oder · mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder · regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder · einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. <p>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem/einer Arzt/Ärztin oder Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen.</p> <p>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach jährlich durchzuführen.</p> <p>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</p> <p>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Keine Verschlechterung der Lungenfunktion über den natürlichen Verlauf hinaus eintritt oder · Eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder · Eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.8.2021.</p> | | | | | |
| Entsprechend der Zulassung wird Orkambi 100 mg/125 mg für Kinder zwischen 6 und 11 Jahren eingesetzt und Orkambi 200 mg/125 mg für Kinder ab 12 Jahren. | | | | | |

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|--|-------------------------------|----------|----------------|
| Citalopram „Sandoz“ 40 mg Filmtabl. | 14 Stk. | N06AB04 | 01.10.2018 |
| Colifoam Rektalschaum | 20 g | A07EA02 | 01.10.2018 |
| Enalapril „Arcana“ comp. Tabl. | 30 Stk. | C09BA02 | 01.10.2018 |
| Escitalopram „Sandoz“ 20 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg. | 1 Stk. | N06AB10 | 01.10.2018 |
| Gabapentin „Torrex“ 300 mg Kaps. | 100 Stk. | N03AX12 | 20.08.2018 |
| Hypren 1,25 mg Kaps. | 28 Stk. | C09AA05 | 01.10.2018 |
| Kogenate Bayer 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. | 1 Stk. | B02BD02 | 01.10.2018 |
| Kogenate Bayer 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. | 1 Stk. | B02BD02 | 01.10.2018 |
| Mefenabene 500 mg Filmtabl. | 10 Stk. 30 Stk. 60 Stk. | M01AG01 | 01.10.2018 |
| Mononine 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf. lsg. | 1 Stk. | B02BD04 | 01.10.2018 |
| Respicur retard 300 mg Kaps. | 20 Stk. | R03DA04 | 01.10.2018 |
| Simvastatin „Interpharm“ 20 mg Filmtabl. | 30 Stk. | C10AA01 | 20.08.2018 |
| Singulair 4 mg Gran. | 28 Stk. | R03DC03 | 01.10.2018 |

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|--------------------|--------|--------|-----------------------------|
| A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN | | | | |
| A02BC03 Lansoprazol | | | | |
| Lansoprazol „+pharma“ 30 mg magensaftresistente Kaps. | 14 Stk. 30 Stk. | - - | - - | 6,70 10,90 |
| Streichung der 7 Stk.-Pkg. | | | | |
| Lansoprazol „Genericon“ 30 mg magensaftresistente Kaps. | 14 Stk. 30 Stk. | - - | - - | 6,70 10,95 |
| Streichung der 7 Stk.-Pkg. | | | | |
| R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN | | | | |
| R03DA04 Theophyllin | | | | |
| Respicur retard 400 mg Kaps. | 20 Stk. | (2) | - | 4,40 |
| Streichung der 50 Stk.-Pkg. | | | | |

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

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|-------|---|----|--------------|
| D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN | | | | |
| D07AD01 Clobetasol | | | | |
| Dermovate Creme | 100 g | - | - | 13,70 |
| <i>IND: wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht</i> | | | | |
| Dermovate Salbe | 100 g | - | - | 13,70 |
| <i>IND: wenn eine kleinere Packungsgröße zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfs nicht ausreicht</i> | | | | |

RÜCKBLICKEND

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab September 2018

Informationsstand ab September 2018

ROT → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ³⁾ |
|---------------------------------------|---------|----|-----|-------|--|
| C01 HERZTHERAPIE | | | | | |
| C01EB17 Ivabradin | | | | | |
| Ivabradin „1A Pharma“ 5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | T2 | - | 10,40 | 24,49 |
| | 60 Stk. | T2 | (2) | 20,15 | 40,59 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| 7,5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 10,40 | 24,49 |
| | 60 Stk. | - | (2) | 20,15 | 40,59 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| Ivabradin „Aristo“ 5 mg Filmtabl. | 28 Stk. | T2 | - | 9,70 | 24,50 |
| | 56 Stk. | T2 | (2) | 18,80 | 40,60 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| 7,5 mg Filmtabl. | 28 Stk. | - | - | 9,70 | 24,50 |
| | 56 Stk. | - | (2) | 18,80 | 40,60 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| Ivabradin „Genericon“ 5 mg Filmtabl. | 28 Stk. | T2 | - | 9,70 | 24,50 |
| | 56 Stk. | T2 | (2) | 18,80 | 40,60 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| 7,5 mg Filmtabl. | 28 Stk. | - | - | 9,70 | 24,50 |
| | 56 Stk. | - | (2) | 18,80 | 40,60 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| Ivabradin „ratiopharm“ 5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | T2 | - | 10,40 | 24,49 |
| | 60 Stk. | T2 | (2) | 20,15 | 40,59 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| 7,5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 10,40 | 24,49 |
| | 60 Stk. | - | (2) | 20,15 | 40,59 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| Ivabradin „Sandoz“ 5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | T2 | - | 10,40 | 24,49 |
| | 60 Stk. | T2 | (2) | 20,15 | 40,59 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| 7,5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 10,40 | 24,49 |
| | 60 Stk. | - | (2) | 20,15 | 40,59 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| Ivacorlan 5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | T2 | - | 10,40 | 24,49 |
| | 60 Stk. | T2 | (2) | 20,15 | 40,59 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |
| 7,5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 10,40 | 24,49 |
| | 60 Stk. | - | (2) | 20,15 | 40,59 |
| Erstanbieter in RE1 | | | | | |

Über 5.000 Patienten werden aktuell mit Procoralan behandelt, das seit über 10 Jahren in Ö. verfügbar ist. Aus dem deutlichen Preisvorteil der Generika resultiert ein Einsparpotenzial von € 1,4 Mio. pro Jahr für die SV-Träger. Außerdem entfällt bei den Generika die Vorbewilligungspflicht.

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ³ |
|--|----------|----|-----|-------|--|
| M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA | | | | | |
| M01AE02 Naproxen | | | | | |
| Naproxen „HCS“ 550 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T2 | (2) | 2,15 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,60 2,35 |
| | 30 Stk. | T2 | - | 6,45 | |
| | 60 Stk. | T2 | - | 12,60 | |
| Es gibt schon einige Naproxen-Präparate im EKO. | | | | | |
| N02 ANALGETIKA | | | | | |
| N02BB02 Metamizol-Natrium | | | | | |
| Metagelan 500 mg Tabl. | 10 Stk. | - | (2) | 1,20 | Erstanbieter nicht im EKO 1,20 3,75 4,75 8,80 Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| | 30 Stk. | - | - | 3,60 | |
| | 50 Stk. | - | - | 4,75 | |
| | 100 Stk. | - | - | 9,50 | |
| | 200 Stk. | - | - | 18,30 | |
| 500 mg/ml Tropf. | 10 ml | - | (2) | 1,20 | 1,75 4,75 20,10 |
| | 50 ml | - | - | 4,75 | |
| | 250 ml | - | - | 22,45 | |
| <i>Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose</i> | | | | | |
| Metagelan ist ein wichtiges Präparat. Einerseits sind die für chronische Schmerzpatienten notwendigen Packungsgrößen frei verschreibbar und andererseits hat es einen deutlichen Preisvorteil gegenüber Novalgin, dessen erste Zulassung von 1952 datiert. | | | | | |
| S01 OPHTHALMIKA | | | | | |
| S01EE03 Bimatoprost | | | | | |
| Bimato-Vision 100 mcg/ml Augentropf. | 3 ml | - | (2) | 7,90 | 1,70 |
| Au | | | | | |

ROT → **GELB** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ⁴ | |
|--|---|---------|----|-------|---|---|
| C02 ANTIHYPERTONIKA | | | | | | |
| C02KX Antihypertonika zur Behandlung der pulmonal arteriellen Hypertonie | | | | | | |
| RE1 | Tadalafil PAH „ratiopharm“ 20 mg Filmtabl. | 60 Stk. | T2 | - | 206,60 | 392,92 |
| Bei pulmonal arterieller Hypertonie nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Tadalafil ist das erste Nachfolgepräparat zu Adcirca und der Preisvorteil hoch. | | | | | | |
| J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | | | |
| J05AB14 Valganciclovir | | | | | | |
| RE2 | Valganciclovir „Bluefish“ 450 mg Filmtabl. | 60 Stk. | - | - | 599,95 | 510,95 Erstanbieter nicht im EKO |
| Initial- und Erhaltungstherapie der Cytomegalievirus-Retinitis bei PatientInnen mit AIDS. Valganciclovir ist zur Prophylaxe (drei bis vier Monate) einer CMV-Erkrankung bei CMV-negativen PatientInnen angezeigt, die ein Organtransplantat von einem/einer CMV-positiven Spender/Spenderin erhalten haben. Valcyte ist im Juni 2018 zu 73 % generisch substituiert. | | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | |
|--|--|--------|----|-------|-----------------|
| B06 ANDERE HÄMATOLOGIKA | | | | | |
| B06AC01 C1-Inhibitor aus Humanplasma | | | | | |
| RE1 | Cinryze 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. | 2 Stk. | - | - | 1.188,35 |
| <p>Zur Behandlung akuter Attacken eines diagnostisch gesicherten hereditären Angioödems (HAE) mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel. Zur Prophylaxe bei PatientInnen mit häufigen schweren Attacken eines HAE mit C1-Esterase-Inhibitor-Mangel, wenn orale prophylaktische Behandlungen nicht vertragen werden/keinen ausreichenden Schutz bieten UND mit wiederholten Akutbehandlungen nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung, Erstverordnung, Überwachung und regelmäßige Kontrollen durch ÄrztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des HAE. Bei der Erstverordnung ist ein entsprechender Nachweis über die PatientInnen-Einschulung zu erbringen.</p> | | | | | |

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|---|--------------------|----------|----------------|
| Azithromycin „Actavis“ 500 mg Filmtabl. | 3 Stk. | J01FA10 | 01.09.2018 |
| Beclomet Easyhaler 200 mcg/Dosis Inh.plv. | 1 Stk. | R03BA01 | 01.09.2018 |
| Beclomet Easyhaler 400 mcg/Dosis Inh.plv. | 1 Stk. | R03BA01 | 01.09.2018 |
| Giona Easyhaler 200 mcg/Dosis Inh.plv. | 200 Hb | R03BA02 | 01.09.2018 |
| Giona Easyhaler 400 mcg/Dosis Inh.plv. | 100 Hb | R03BA02 | 01.09.2018 |
| Glimepirid „Stada“ 1 mg Tabl. | 30 Stk. | A10BB12 | 01.09.2018 |
| INH „Agepha“ 100 mg Tabl. | 100 Stk. | J04AC01 | 01.09.2018 |
| Losartan-Kalium „Actavis“ 12,5 mg Filmtabl. | 30 Stk. | C09CA01 | 01.09.2018 |
| Losartan-Kalium „Actavis“ 50 mg Filmtabl. | 30 Stk. | C09CA01 | 01.09.2018 |
| Pantothen „Pharmaselect“ 5 % Salbe | 30 g | D03AX03 | 01.09.2018 |
| Paroxetin „Arcana“ 20 mg Filmtabl. | 14 Stk. 28 Stk. | N06AB05 | 01.09.2018 |
| PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen | 4 Stk. | L03AB10 | 01.09.2018 |
| Refobacin Augentropf. | 5 ml | S01AA11 | 01.09.2018 |
| Xeloda 150 mg Filmtabl. | 60 Stk. | L01BC06 | 01.09.2018 |


Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|-------------------|--------|--------|------------------------------|
| N02 ANALGETIKA | | | | |
| N02AB03 Fentanyl | | | | |
| Fentanyl „Sandoz“ 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster | 5 Stk. 10 Stk. | - - | - - | 15,40 29,10 |
| 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster | 5 Stk. 10 Stk. | - - | - - | 24,90 46,75 |
| 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster | 5 Stk. 10 Stk. | - - | - - | 32,70 62,90 |
| 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster | 5 Stk. 10 Stk. | - - | - - | 39,90 76,60 |
| IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind | | | | |
| SG | | | | |
| Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 10 Stk. | | | | |

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

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|----|--------------|
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | |
| L04AA13 Leflunomid | | | | |
| Arava 10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 25,70 |
| 20 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 25,70 |
| <i>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</i> | | | | |

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | |
|---|--|--------|----|-------|---------------|
| C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN | | | | | |
| C10AX13 Evolocumab | | | | | |
| RE1 | Repatha 140 mg Inj.lsg. Fertigpen  | 2 Stk. | - | - | 410,05 |
| <p>Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, und - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 8 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, und - wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C-senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 100 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. <p>Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myopathien und einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist.</p> <p>Diagnose, Erhebung der Familienanamnese und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrenen Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Behandlung mit Evolocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2-3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl erreicht wurde.</p> | | | | | |
| N06 PSYCHOANALEPTIKA | | | | | |
| N06DX01 Memantin | | | | | |
| RE2 | Axura 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen | 50 ml | - | (2) | 38,15 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) ist von einem Facharzt 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) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den o.a. Facharzt mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt. | | | | | |
| Bei allen Memantin-Produkten entfällt L6. | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---|---------|----|-----|--------------|
| RE2 | Memantin „1A Pharma“ 10 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T2 | - | 6,45 |
| | | 30 Stk. | T2 | (2) | 18,40 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T4 | - | 12,55 |
| | | 30 Stk. | T4 | (2) | 35,60 |
| - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |
| RE2 | Memantin „Accord“ 10 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | - | 6,35 |
| | | 28 Stk. | T2 | (2) | 17,30 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | - | 12,50 |
| | | 28 Stk. | T2 | (2) | 33,25 |
| - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |
| RE2 | Memantin „easypharm“ 10 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T2 | - | 6,45 |
| | | 30 Stk. | T2 | (2) | 18,40 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T2 | - | 12,55 |
| | | 30 Stk. | T2 | (2) | 35,60 |
| - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |
| RE2 | Memantin „Genericon“ 10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | T2 | (2) | 18,40 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 30 Stk. | T2 | (2) | 35,60 |
| - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|--|--|---------|----|-----|--------------|
| RE2 | Memantin „HCS“ 10 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | - | 9,00 |
| | | 28 Stk. | T2 | (2) | 17,30 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 14 Stk. | - | - | 17,30 |
| | | 28 Stk. | - | (2) | 33,25 |
| <ul style="list-style-type: none"> - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |
| RE2 | Memantin „ratiopharm“ 10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | T2 | (2) | 18,40 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 30 Stk. | T2 | (2) | 35,60 |
| <ul style="list-style-type: none"> - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |
| RE2 | Memantin „Sandoz“ 10 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T2 | - | 6,45 |
| | | 30 Stk. | T2 | (2) | 18,40 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T4 | - | 12,55 |
| | | 30 Stk. | T4 | (2) | 35,60 |
| <ul style="list-style-type: none"> - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |
| RE2 | Memantin „Stada“ 10 mg Filmtabl. | 28 Stk. | T2 | (2) | 17,30 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 28 Stk. | - | (2) | 33,25 |
| <ul style="list-style-type: none"> - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |
| RE2 | Memolan 10 mg Filmtabl. | 10 Stk. | T2 | - | 6,45 |
| | | 30 Stk. | T2 | (2) | 18,35 |
| RE2 | 20 mg Filmtabl. | 10 Stk. | - | - | 12,55 |
| | | 30 Stk. | - | (2) | 35,55 |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---|----------|---|----|------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. | | | | | |
| R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT | | | | | |
| R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor | | | | | |
| RE1 L6 | Orkambi 200 mg/125 mg Filmtabl. (PM) | 112 Stk. | - | - | 11.021,45 |
| <ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen ab 6 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot sind für die F508del-Mutation im CFTR-Gen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen. - Einsatz nur bei PatientInnen <ul style="list-style-type: none"> · mit einer eingeschränkten Lungenfunktion (FEV1 < 90 %) oder · mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder · regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder · einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn. - Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem/einer Arzt/Ärztin oder Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen. - Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach jährlich durchzuführen. - Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren. - Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung, ansonsten alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren. - Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> · keine Verschlechterung der Lungenfunktion über den natürlichen Verlauf hinaus eintritt oder · eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder · eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt. <p>Lumacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.8.2021.</p> | | | | | |

RÜCKBLICKEND

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2018

Informationsstand August 2018

ROT → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung [*] |
|--|----------|----|-----|--------|--|
| H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | | |
| H02AB02 Dexamethason | | | | | |
| Dexamethason „HCS“ 4 mg Tabl. | 10 Stk. | T2 | - | 6,05 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 16,00 |
| | 30 Stk. | T2 | - | 17,40 | |
| 8 mg Tabl. | 10 Stk. | T2 | (2) | 9,80 | 13,20 |
| | 30 Stk. | T2 | - | 27,90 | |
| 20 mg Tabl. | 10 Stk. | T2 | - | 11,90 | Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| 40 mg Tabl. | 10 Stk. | T2 | - | 19,20 | Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden |
| Dexamethason HCS ist einerseits das erste Nachfolgepräparat zu Fortecortin Tabl. und erweitert andererseits die Dosierungsmöglichkeiten, da mit der 20mg- und der 40 mg-Form zusätzliche Wirkstärken zur Verfügung stehen. Der Preisvorteil ist erheblich. | | | | | |
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | | |
| L04AA06 Mycophenolsäure | | | | | |
| Mycophenolsäure „Accord“ 180 mg magensaftresist. Tabl. | 120 Stk. | - | - | 60,90 | 110,35 Erstanbieter in RE2 |
| 360 mg magensaftresist. Tabl. | 120 Stk. | - | - | 114,90 | 210,60 Erstanbieter in RE2 |
| Während das Prodrug Mycophenolatmofetil (CellCept) schon seit längerer Zeit generisch verfügbar ist, ist nun auch das Natriumsalz (Erstanbieter Myfortic, RE2) im Grünen Bereich verschreibbar. | | | | | |
| N02 ANALGETIKA | | | | | |
| N02AE01 Buprenorphin | | | | | |
| Buprenorphin „Stada“ 35 mcg/h transdermales Pflaster | 4 Stk. | - | (2) | 16,55 | 0,50 |
| 52,5 mcg/h transdermales Pflaster | 4 Stk. | - | (2) | 21,80 | 0,60 |
| 70 mcg/h transdermales Pflaster | 4 Stk. | - | (2) | 26,85 | 0,70 |
| IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind | | | | | |
| SG | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:



| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|----------|---|----|-----------------|
| L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL | | | | |
| L01XE05 Sorafenib | | | | |
| Nexavar 200 mg Filmtabl. | 112 Stk. | - | - | 3.054,20 |
| <i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n onkologisch spezialisierte/n Fachärztin/Facharzt.</i> | | | | |
| Für Patienten, die mit Nexavar therapiert wurden, entfällt ab sofort die Vorbewilligungspflicht. | | | | |

ROT → GELB Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ⁶ | |
|--|--|---------|----|-------|---|--|
| J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | | | |
| J05AR03 Tenofovir Disoproxil und Emtricitabin | | | | | | |
| RE1 | Emtricitabin/Tenofovir disoproxil „Accord“ 200 mg/245 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 153,30 | 573,40 Erstanbieter nicht im EKO |
| In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. | | | | | | |
| Über 79 % beträgt der generische Verordnungsanteil bei dieser Substanz im Juni 2018. Da Truvada nicht im EKO gelistet ist, sind alle Patienten auf die EKO-Präparate umzustellen. | | | | | | |
| N06 PSYCHOANALEPTIKA | | | | | | |
| N06BA04 Methylphenidat | | | | | | |
| RE1 | Medikinet retard 20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 20 Stk. | - | - | 23,95 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 10,45 |
| L3 | | 30 Stk. | - | - | 29,90 | |
| RE1 | 30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 20 Stk. | - | - | 31,45 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 11,15 |
| L3 | | 30 Stk. | - | - | 40,15 | |
| RE1 | 40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 20 Stk. | - | - | 38,80 | Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 18,00 |
| L3 | | 30 Stk. | - | - | 48,10 | |
| Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N06BA04) kein Auslangen gefunden werden kann. Diagnosstellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Methylphenidat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). | | | | | | |
| SG | | | | | | |

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung ⁶ |
|---|--|---------|---|-----|--------|---|
| N06DA02 Donepezil | | | | | | |
| RE2 | Donepezil „+pharma“ 5 mg Filmtabl. | 10 Stk. | - | (2) | 6,20 | 0,11 |
| L6 | | 30 Stk. | - | - | 17,90 | 0,44 |
| RE2 | 10 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (2) | 34,40 | 0,79 |
| L6 | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - 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 Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). | | | | | | |
| J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | | | |
| J05AR06 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Efavirenz | | | | | | |
| RE1 | Efatrien 600 mg/200 mg/245 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | - | 244,05 | 778,65 |
| Bei HIV-1-infizierten Erwachsenen. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. | | | | | | |
| Efatrien ist das dritte Generikum zu Atripla, das nicht im EKO gelistet ist und daher von den SV-Trägern entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nicht bewilligt werden darf. Gegenüber Atripla hat Efatrien pro Monatspackung einen Preisvorteil von 76 %. | | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat | | Menge | T | OP | KVP € |
|---|--|---------|---|----|---------------|
| L04 IMMUNSUPPRESSIVA | | | | | |
| L04AA37 Baricitinib | | | | | |
| RE1 | Olumiant 2 mg Filmtabl.  | 14 Stk. | - | - | 381,80 |
| | | 28 Stk. | - | - | 739,00 |
| RE1 | 4 mg Filmtabl.  | 14 Stk. | - | - | 381,80 |
| | | 28 Stk. | - | - | 739,00 |
| <p>Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss und nach Versagen mindestens eines biologischen DMARD (inklusive Tumornekrosefaktor alpha-Inhibitor), oder wenn diese nicht vertragen werden. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Baricitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Baricitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Behandlung mit Baricitinib darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> | | | | | |

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|---|--------------------|----------|----------------|
| Dalacin-Lsg. zur äußerl. Anwendung | 30 ml | D10AF01 | 01.08.2018 |
| Ebefen 20 mg Tabl. | 30 Stk. | L02BA01 | 01.08.2018 |
| Felden 20 mg Amp. | 3 Stk. | M01AC01 | 01.08.2018 |
| Fungata 150 mg Kaps. | 1 Stk. | J02AC01 | 01.08.2018 |
| Kogenate Bayer 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. | 1 Stk. | B02BD02 | 01.08.2018 |
| Moderiba 200 mg Filmtabl. | 168 Stk. | J05AP01 | 25.05.2018 |
| Moderiba 400 mg Filmtabl. | 56 Stk. | J05AP01 | 25.05.2018 |
| Moderiba 600 mg Filmtabl. | 56 Stk. | J05AP01 | 25.05.2018 |
| Paracetamol „Genericon“ 500 mg Tabl. | 10 Stk. | N02BE01 | 01.08.2018 |
| PegIntron 50 mcg Plv. und Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen | 4 Stk. | L03AB10 | 01.08.2018 |
| PegIntron 80 mcg Plv. und Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen | 4 Stk. | L03AB10 | 01.08.2018 |
| PegIntron 100 mcg Plv. und Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen | 4 Stk. | L03AB10 | 01.08.2018 |
| PegIntron 120 mcg Plv. und Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. Fertigpen | 4 Stk. | L03AB10 | 01.08.2018 |
| Seroquel 4-Tage Startpackung | 10 Stk. | N05AH04 | 01.08.2018 |
| Tolterodin „Pfizer“ 1 mg Filmtabl. | 28 Stk. 56 Stk. | G04BD07 | 01.08.2018 |

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|----------|----|-----|--------------|
| C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN | | | | |
| C07CB03 Atenolol und andere Diuretika | | | | |
| Atenolol „Genericon“ comp. Filmtabl. | 50 Stk. | T2 | - | 15,30 |
| Streichung der 20 Stk.-Packung | | | | |
| N02 ANALGETIKA | | | | |
| N02BB02 Metamizol-Natrium | | | | |
| Novalgin Filmtabl. | 10 Stk. | - | (2) | 2,40 |
| | 50 Stk. | - | - | 9,50 |
| | 100 Stk. | - | - | 18,30 |
| Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose | | | | |
| Aufnahme weiterer Packungsgrößen von 50 Stk. und 100 Stk. | | | | |
| Für Packungen zu 50 oder 100 Stück, die mit den SV-Trägern abgerechnet wurden, entfällt ab sofort die Vorbewilligungspflicht. | | | | |
| N05 PSYCHOLEPTIKA | | | | |
| N05BA08 Bromazepam | | | | |
| Lexotanil „Roche“ 3 mg Tabl. | 50 Stk. | T2 | - | 3,80 |
| Streichung der 20 Stk.-Packung | | | | |

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|-------------------------------------|---------|----|-----|-------------|
| N06 PSYCHOANALEPTIKA | | | | |
| N06AB04 Citalopram | | | | |
| Citalopram „Sandoz“ 40 mg Filmtabl. | 14 Stk. | T2 | (2) | 5,45 |
| Streichung der 30 Stk.-Packung | | | | |

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | |
|---|------------------------------|--------------------|----|-------|-------------------------------|
| N03 ANTIPILEPTIKA | | | | | |
| N03AX18 Lacosamid | | | | | |
| RE1 L12 | Vimpat 10 mg/ml Sirup | 200 ml | - | - | 34,90 |
| RE1 L12 | 50 mg Filmtabl. | 14 Stk. | - | - | 12,90 |
| RE1 L12 | 100 mg Filmtabl. | 14 Stk. 56 Stk. | - | - | 25,00 89,45 |
| RE1 L12 | 150 mg Filmtabl. | 14 Stk. 56 Stk. | - | - | 36,65 128,75 |
| RE1 L12 | 200 mg Filmtabl. | 56 Stk. | - | - | 165,80 |
| <p>Monotherapie und Zusatzbehandlung von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 4 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Sirup: Kinder und Jugendliche bis 50 kg; bei Kindern und Jugendlichen über 50 kg und Erwachsenen nur bei schwerer Schluckstörung. Lacosamid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p> | | | | | |
| Die Monotherapie wurde entsprechend der Zulassung in den Regeltext aufgenommen. | | | | | |

FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG

„Schmerzfreiheit für alle: Risiken und Realität“ Opioide & Sucht (ID: 610628)

Dienstag, 20. November 2018, 19:00 – 21:30 Uhr

Die GKK Kärnten freut sich auf einen anregenden Meinungsaustausch.

Gerne laden wir Sie vor Beginn der Veranstaltung ab 18:30 Uhr zu einem gemeinsamen Snack ein.

Zur leichteren Abwicklung bitten wir um Vorlage Ihres ÖAK-Ausweises bzw. Ihrer Arztnummer bei der Veranstaltung.

Fachhochschule Kärnten, Standort Klagenfurt
Primoschgasse 8–10, 9020 Klagenfurt am Wörthersee
Gebäude Modul1, Hörsaal Athen, Erdgeschoss
(gratis Parkmöglichkeiten vorhanden)



3 med. Fortbildungspunkte

Anmeldung erforderlich:

Iris Walcher, BSc MA

Tel.: 050 5855 2331

Fax: 050 5855 2360

E-Mail: dfp-fortbildung@kgkk.at

PROGRAMM

18:30 – 19:00 Uhr

Come together mit Getränken und Snacks

19:00 – 19:10 Uhr

„Begrüßung“

Kärntner Gebietskrankenkasse

19:10 – 19:45 Uhr

„Opioidverwandte Substanzen – Sucht: Leben wir in einer Drogenhochburg“

Dr. Claudia SCHEIBER

AVS Drogenambulanz Klagenfurt

19:45 – 20:20 Uhr

„Opioide – Sucht: Schmerzfreiheit für alle – Risiken und Realität“

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf LIKAR, MSc

Klinikum Klagenfurt

20:20 – 20:55 Uhr

„Pinky Fallbericht: Was die Droge tödlich macht“

OA Dr. Stefan NEUWERSCH

Klinikum Klagenfurt

20:55 – 21:30 Uhr

„Fallbeispiele und Diskussion“

Änderungen im Ablauf vorbehalten

