

EKO-MED-INFO

Sammelband

Informationen für Vertragsärzte der Kärntner Gebietskrankenkasse

Neu im EKO-SAMMELBAND

(Änderungen ab November, Dezember 2018 und Jänner 2019)

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab April 2019

Informationsstand April 2019

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ¹
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA13 Leflunomid					
Leflunomid „medac“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	20,65	5,05
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	20,65	5,05
<i>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</i>					
Leflunomid „medac“ ist das zweite Nachfolgepräparat zu Arava.					
N03 ANTIEPILEPTIKA					
N03AX15 Zonisamid					
Zonisamid „Aristo“ 25 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	(3)	4,60	13,75 Erstanbieter in RE2
50 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	(3)	9,20	15,95 Erstanbieter in RE2
100 mg Hartkaps.	28 Stk. 98 Stk.	- -	- (3)	17,60 51,95	26,30 73,85 Erstanbieter in RE2
<i>IND: Behandlung von partiellen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung</i>					
Zonisamid „Aristo“ ist das zweite Nachfolgepräparat zum im Gelben Bereich gelisteten Zonegran. Wir verweisen auf das Ampelprinzip. Von Zonisamid „Aristo“ sind für die Langzeittherapie auch drei Packungen auf einem Rezept frei verschreibbar.					

¹ Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: April 2019)
PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Aufnahme von Biologika in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB04 Adalimumab				
Humira 20 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	241,60
<p>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.</p>				

ROT → **GELB** Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AR20 Emtricitabin, Tenofovir Alafenamid und Bictegravir				
RE1 Biktarvy 50 mg/200 mg/25 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	-	-	1.019,25
<p>Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, bei denen keine Resistenz gegen die Klasse der Integrase-Inhibitoren, Emtricitabin oder Tenofovir nachgewiesen wurde. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>				
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AC16 Guselkumab				
RE1 Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	-	-	2.102,65
Fertigspr. (PM)	1 Stk.	-	-	2.102,65
<p>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 von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen. Das Dosierungsintervall von Tremfya 100 mg beträgt einmalig 4 Wochen, dann alle 8 Wochen.</p>				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
AmoxiPlus „ratiopharm“ 156,25 mg/5 ml Trockensaft	60 ml 120 ml	J01CR02	01.04.2019
AmoxiPlus „ratiopharm“ forte 312,5 mg/5 ml Trockensaft	60 ml 120 ml	J01CR02	01.04.2019
Betnesol Amp.	5 Stk.	H02AB01	12.02.2019
Capecitabin „Teva“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	L01BC06	01.04.2019
Capecitabin „Teva“ 500 mg Filmtabl.	120 Stk.	L01BC06	01.04.2019
Crixivan 400 mg Hartkaps.	180 Stk.	J05AE02	01.04.2019
Hydergin 1 mg/ml Tropf.	15 ml 50 ml	C04AE01	12.02.2019
Hydergin SRO 6 mg Kaps.	30 Stk.	C04AE01	12.02.2019
Lanitop 0,15 mg Tabl.	28 Stk. 84 Stk.	C01AA08	01.04.2019
Pramipexol „Bluefish“ 0,18 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.04.2019

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Pramipexol „Bluefish“ 0,35 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.04.2019
Procoralan 5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	C01EB17	01.04.2019
Procoralan 7,5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	C01EB17	01.04.2019
Acht generische Ivabradin-Präparate stehen im Grünen Bereich zur Verfügung, von denen vom Monatsbedarf jeweils drei Packungen auf einem Rezept frei verschreibbar sind, sodass die verbleibenden Procoralan-Verordnungen problemlos substituiert werden können.			
Simvastad 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	08.02.2019
Vistagan Liquifilm 0,5 % Augentropf.	5 ml	S01ED03	15.02.2019
Zaditen Sirup f. Kinder	100 ml 200 ml	R06AX17	14.02.2019

Übernahme vom Gelben Bereich in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB04 Adalimumab				
Humira 40 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	467,30
40 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	467,30
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.</i>				
Vor einem Jahr kostete Humira 40 mg 959,75 EUR. Nach der Preissenkung auf 467,30 EUR + (PM) ist es ab sofort mit IND frei verschreibbar.				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA				
S01XA18 Ciclosporin				
Ikervis 1 mg/ml Augentropf., Emulsion (PM)	30 Stk.	-	-	99,05
Au				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AC03 Terbutalin				
Bricanyl Turbohaler 0,5 mg/Dosis Plv. zur Inh.	120 Hb. 200 Hb.	- -	(2) (2)	5,30 13,85
Aufnahme einer Packung zu 200 Hüben, die 120 Hub-Packung bleibt bis zum 1.7.2019 im Grünen Bereich des Erstattungskodex.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC01 Omeprazol				
Omeprazol „Aristo“ 20 mg Hartkaps. <i>vormals Omeprazol „easypharm“ 20 mg Kaps.</i>	14 Stk.	-	-	5,70
	28 Stk.	-	-	11,10
Omeprazol „Aristo“ 40 mg Hartkaps <i>vormals Omeprazol „easypharm“ 40 mg Kaps.</i>	14 Stk.	-	-	5,70
	28 Stk.	-	-	11,10

RÜCKBLICKEND

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2019

Informationsstand ab März 2019

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ²
C01 HERZTHERAPIE					
C01BC03 Propafenon					
Propafenon „Accord“ 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	4,55	3,22
	60 Stk.	-	(2)	7,95	6,28
300 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,95	5,50
	60 Stk.	T2	-	13,50	10,50
Gut 5.000 Patienten werden jährlich mit einem Propafenon-Präparat im niedergelassenen Bereich versorgt. Propafenon Accord ist ein Nachfolgepräparat zu Rytmonorma und ist auch als 60-Stück-Packung verfügbar.					
C01BD01 Amiodaron					
Amiodaron „Arcana“ 200 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	12,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 18,95
	60 Stk.	T2	-	23,70	
Sedacoron ist das nächste Antiarrhythmikum, das generisch verfügbar wird. Damit wurden 2018 ca. 25.000 Patienten therapiert. Auch bei Amiodaron Arcana ist die Packungsreichweite größer als beim Erstanbieterpräparat.					
C03 DIURETIKA					
C03DA04 Eplerenon					
Eplerenon „HCS“ 25 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	8,80	0,60
	30 Stk.	-	(3)	24,90	1,65
50 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	8,80	0,60
	30 Stk.	-	(3)	24,90	1,65
IND: Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde					
Erstmals sind bei den Eplerenon-Präparaten nun mit Eplerenon HCS auch drei Packungen auf einem Rezept frei verschreibbar.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ^{2*}
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX09 Ezetimib					
Ezetimib „Accord“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	10,35	23,25 Erstanbieter in RE2
Ezetimib „Aristo“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	10,35	23,25 Erstanbieter in RE2
Bitte zu beachten, dass auf Grund des Ampelprinzips Ezetrol im Gelben Bereich auf Kosten der Kasse nicht mehr verordnet werden soll. Weit über 10.000 Patienten können noch auf die kostengünstigeren Generika umgestellt werden.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH02 Clozapin					
Clozapin „Accord“ 25 mg Tabl.	14 Stk.	T2	-	1,75	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,10
	30 Stk.	T2	(2)	3,75	
100 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	13,00	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 7,85
	60 Stk.	T2	(2)	25,15	

ROT → **GRÜN** Aufnahme von Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ^{3*}
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AA13 Pegfilgrastim					
Pelgraz 6 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	-	-	560,00	0,00
Bereits die Aufnahme des ersten Biosimilars zu Neulasta hat die Preisspirale in Gang gesetzt. Durch eine Preissenkung von Neulasta hat das Biosimilar im März den gleichen Preis. Beide Präparate sind damit sogar kostengünstiger als der langwirksame G-CSF Lonquex. Für die nächsten Monate werden weitere Preissenkungen bei den langwirksamen G-CSF erwartet.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB04 Adalimumab					
Amgevita 40 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	467,30	137,15**
Inj.lsg. Fertipen (PM)	2 Stk.	-	-	467,30	137,15**
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.</i>					
Imraldi 40 mg Inj.lsg. Fertipen (PM)	2 Stk.	-	-	467,30	137,15**
Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	467,30	137,15**
<i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie). Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Adalimumab wird vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_adalimumab publiziert.</i>					
Humira ist das umsatzstärkste Präparat österreichweit. Die kostengünstigeren Biologika sollten in der Therapie von Autoimmunerkrankungen bevorzugt werden. Außerdem hat Adalimumab ein breites Einsatzgebiet.					

** Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ⁴
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM						
N07BC51 Buprenorphin, Kombinationen						
RE1 SG	Bupensan Duo 2 mg/0,5 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- -	5,95 20,85	5,10 19,30
RE1 SG	4 mg/1 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- -	9,55 33,65	Zusammensetzung beim Erstanbieter nicht vorhanden
RE1 SG	8 mg/2 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	T2 T2	- -	14,95 54,20	15,20 54,75
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)						
Bupensan Duo ist das erste Nachfolgepräparat zu Suboxone.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD23 Metformin und Ertugliflozin					
RE2	Segluromet 2,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	-	(2)	43,95
RE2	7,5 mg/1000 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	-	(2)	43,95
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min. Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.					
A10BK04 Ertugliflozin					
RE2	Steglatro 5 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	23,20 43,95
RE2	15 mg Filmtabl. (PM)	14 Stk. 28 Stk.	- -	- (2)	23,20 43,95
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min, kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.					
Entsprechend der RÖV sind die SGLT-2-Hemmer aus dem RE2-Bereich (Steglatro, Jardiance und Forxiga) gegenüber jenen aus RE1 zu bevorzugen. Gleiches gilt auch für die Kombinationspräparate.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA29 Tofacitinib					
RE2	Xeljanz 10 mg Filmtabl. (PM)	56 Stk.	-	-	1.452,90
Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 8 bis 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.					
Entsprechend der Zulassung wird die Therapie bei Colitis ulcerosa mit zweimal täglich 10 mg über einen Zeitraum von 8 Wochen eingeleitet. Danach wird auf zweimal täglich 5 mg für die Erhaltungstherapie reduziert. Nur wenn bis Woche 8 kein ausreichender Therapieerfolg erzielt wird, kann die Einleitungsdosis von zweimal täglich 10 mg um weitere 8 Wochen verlängert werden. Nur wenige Patienten profitieren von einer Erhaltungstherapie von zweimal täglich 10 mg.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07BC01 Buprenorphin					
SG RE1	Subutex 2 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	- -	- -	9,90 34,95
SG RE1	8 mg Sublingualtabl.	7 Stk. 28 Stk.	- -	- -	26,80 94,40
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.					
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX07 Roflumilast					
RE1	Daxas 250 mcg Tabl.	28 Stk.	-	-	44,90
<p>Zur Anbehandlung für 28 Tage in Kombination mit einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem lang wirkenden inhalativen Anticholinergikum plus einem langwirkenden inhalativen Beta2-Agonisten (LAMA + LABA) ODER mit LAMA + LABA plus einem inhalativen Corticosteroid (LAMA + LABA + ICS) bei Erwachsenen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - schwerer oder sehr schwerer COPD (GOLD 3 oder 4) UND - Symptomen einer chronischen Bronchitis UND - COPD-Assessment-Test (CAT) vor Therapiebeginn größer gleich 10 Punkte UND <p>wenn trotz einer täglichen maximal hoch dosierten Therapie mit einem LAMA + LABA oder LAMA + LABA + ICS</p> <ul style="list-style-type: none"> - drei oder mehr schwere Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die die Gabe von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER - mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat. <p>Nicht in Kombination mit Theophyllin. Ersteinstellung und Weiterverordnung durch PulmologInnen. Weiterbehandlung ausschließlich mit der 500 mcg-Wirkstoffstärke. Überprüfung und Dokumentation der Wirksamkeit alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei gleichbleibender oder sinkender CAT-Punkteanzahl und einer Reduktion der Anzahl an Exazerbationen im Vergleich zum Ausgangswert vor Therapiebeginn.</p> <p>Mit der 250-Mikrogramm-Tablette ist die empfohlene subtherapeutische Anfangsdosis für die ersten 28 Tage verfügbar. Diese Anfangsdosis soll Nebenwirkungen und Therapieabbrüche bei Therapiebeginn reduzieren.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amoxicillin „ratiopharm“ 250 mg/5 ml Trockensaft	60 ml 100 ml	J01CA04	01.03.2019
Bilokord 2,5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AB07	01.03.2019
Bilokord 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AB07	01.03.2019
Bilokord 10 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AB07	01.03.2019
Clavamox 625 mg Filmtabl.	12 Stk.	J01CR02	01.03.2019
Climara 50 mcg/24 h Depot-Pflaster	4 Stk.	G03CA03	01.03.2019
Climen 28 Tage Drag.	28 Stk.	G03HB01	01.03.2019
Exviera 250 mg Filmtabl.	56 Stk.	J05AP09	01.03.2019
Nevirapin „Sandoz“ 200 mg Tabl.	60 Stk.	J05AG01	01.03.2019
Ramipril „Genericon“ 5 mg Kaps.	30 Stk.	C09AA05	01.03.2019
Simvastatin „Bayer“ 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	01.03.2019
Victoza 6 mg/ml Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	A10BJ02	01.03.2019
Viekirax 12,5 mg/75 mg/50 mg Filmtabl.	56 Stk.	J05AP53	01.03.2019

Ziprasidon „Actavis“ 20 mg Hartkaps.	14 Stk. 60 Stk.	N05AE04	01.03.2019
Ziprasidon „Actavis“ 40 mg Hartkaps.	14 Stk. 60 Stk.	N05AE04	01.03.2019
Ziprasidon „Actavis“ 60 mg Hartkaps.	14 Stk. 60 Stk.	N05AE04	01.03.2019
Ziprasidon „Actavis“ 80 mg Hartkaps.	14 Stk. 60 Stk.	N05AE04	01.03.2019
Zoledronsäure „Sandoz“ 5 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	M05BA08	01.03.2019

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:


Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC01 Fluconazol				
Fluconazol „Actavis“ 150 mg Kaps.	1 Stk.	-	-	6,10
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis“				
Fluconazol „Actavis“ 150 mg Kaps.	2 Stk.	-	-	10,90
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Dermatomykosen“				
Fluconazol „Actavis“ 150 mg Kaps.	4 Stk.	-	-	19,85
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Onychomykosen“				
Fluconazol „ratiopharm“ 50 mg Kaps.	7 Stk.	-	-	12,95
Frei verschreibbar				
Fluconazol „ratiopharm“ 100 mg Kaps.	7 Stk.	-	-	23,70
Frei verschreibbar				
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	1 Stk.	-	-	6,10
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen oder Candida-Balanitis“				
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	2 Stk.	-	-	10,90
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Dermatomykosen“				
Fluconazol „ratiopharm“ 150 mg Kaps.	4 Stk.	-	-	19,85
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Onychomykosen“				
Fluconazol „ratiopharm“ 200 mg Kaps.	7 Stk.	-	-	38,80
Frei verschreibbar				
J02AC02 Itraconazol				
Itrabene Dermis Kaps.	28 Stk.	-	-	22,50
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Onychomykosen“				
Itrabene Kaps.	4 Stk.	-	-	4,40
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Vaginalmykosen“				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Itrabene Kaps.	14 Stk.	-	-	12,20
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „bei Dermatomykosen oder oralen Candidosen“				
Die Facharztbeschränkung wurde bei den oben genannten Präparaten aufgehoben.				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07CB03 Atenolol und andere Diuretika				
Atenolol „Genericon“ comp. mite Filmtabl.	50 Stk.	T2	-	9,60
Streichung der 20 Stk.-Pkg.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03XB02 Ulipristal					
RE1 L3	Esmya 5 mg Tabl. 	28 Stk.	-	-	158,30
<p>Zur präoperativen Behandlung mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmutter-Myome bei erwachsenen Patientinnen im fortpflanzungsfähigen Alter, für die eine myom-bedingte Operation vorgesehen ist, für eine Dauer von maximal 12 Wochen.</p> <p>Zur Intervall-Therapie mittlerer bis starker Symptome durch Gebärmutter-Myome bei erwachsenen Patientinnen im fortpflanzungsfähigen Alter, für die eine myom-bedingte Operation nicht in Frage kommt. Dabei ist zumindest das in der Fachinformation geforderte behandlungsfreie Intervall einzuhalten. Eine Kostenübernahme kann maximal für 4 Behandlungszyklen erfolgen.</p> <p>Diagnosestellung und Therapieeinleitung durch FachärztInnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.</p> <p>Cave Leberfunktion: Vor Beginn einer Behandlung mit Ulipristalacetat sowie während der in der Fachinformation vorgesehenen Intervalle ist die Leberfunktion durch Bestimmung der Transaminasen zu prüfen.</p> <p>Ulipristalacetat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3)</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AF10 Entecavir					
RE2	Baraclude 0,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<p>Bei Nukleosid-naïven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: Bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. 					
RE2	1 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. - bei dekompensierter Lebererkrankung <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. 					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA29 Tofacitinib					
RE2	Xeljanz 5 mg Filmtabl. PM	56 Stk.	-	-	738,75
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Tofacitinib in Kombination mit Methotrexat angewendet. Tofacitinib kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 8 bis 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Das Einsatzgebiet des Januskinase (JAK)-Inhibitors wird um die Psoriasis-Arthritis und Colitis ulcerosa erweitert.</p>					

RÜCKBLICKEND

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2019

Informationsstand Februar 2019

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ⁵
N02 ANALGETIKA					
N02BB02 Metamizol-Natrium					
Metagelan 2,5 g Inj.sg.	5 Stk.	-	(2)	3,25	4,65
Frei verschreibbar mit dem Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose					
Ca. 5.000 Packungen parenteraler Metamizol-Präparate werden monatlich mit den SV-Trägern abgerechnet. Mit Metagelan 2,5 g ist das mit großem Preisvorteil möglich.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AB55 Diclofenac, Kombinationen				
ArthroComb 75 mg/20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk. 30 Stk.	- -	- -	2,25 6,75
Dies ist eine Fixkombination von 75 mg Diclofenac (25 mg Diclofenac-Natrium in magensaftresistenter Form, 50 mg Diclofenac-Natrium in retardierter Form) und 20 mg Omeprazol.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ⁶	
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA03 Rivastigmin						
RE2 L6	Rivastigmin „1A Pharma“ 4,6 mg/24 h transderm. Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	- -	- (3)	9,95 39,60	0,40 1,00
RE2 L6	9,5 mg/24 h transderm. Pflaster	30 Stk.	-	(3)	39,60	1,00
RE2 L6	13,3 mg/24 h transderm. Pflaster	30 Stk.	-	(3)	39,60	1,00

⁵ Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2019)
⁶ PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ⁶
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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 Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Desloratadin „ratiopharm“ 5 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.02.2019
Lexotanil „Roche“ 3 mg Tabl.	50 Stk.	N05BA08	01.02.2019
Venlafaxin „Stada“ 75 mg Retardkaps.	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.02.2019
Venlafaxin „Stada“ 150 mg Retardkaps.	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.02.2019

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02BB02 Metamizol-Natrium				
Metagelan 500 mg/ml Tropf.	10 ml	-	(2)	1,20
	30 ml	-	(2)	2,85
	50 ml	-	-	4,75
	250 ml	-	-	22,45
Frei verschreibbar mit dem Hinweis: Aufklärung der PatientInnen über Risiko und Erscheinungsbild einer Agranulozytose				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße von 30 ml				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:


Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC01 Fluconazol				
Fluconazol „+ pharma“ 150 mg Kaps. <i>vormals Fluconazol „Genericon“ 150 mg Kaps.</i>	2 Stk.	-	-	11,50
<i>bei Dermatomykosen</i>				
F D				
Fluconazol „+ pharma“ 150 mg Kaps. <i>vormals Fluconazol „Genericon“ 150 mg Kaps.</i>	4 Stk.	-	-	20,90
<i>bei Onychomykosen</i>				
D				

Änderung der Verschreibbarkeit im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE				
C01EB17 Ivabradin				
Ivabradin „1A Pharma“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	T2 T2	- (3)	7,35 14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (3)	7,35 14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin „Aristo“ 5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	T2 T2	- (3)	6,95 13,55
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	- -	- (3)	6,95 13,55
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 56 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin „Genericon“ 5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	T2 T2	- (3)	6,90 13,30
7,5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	- -	- (3)	6,90 13,30
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 56 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin „ratiopharm“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	T2 T2	- (3)	7,35 14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (3)	7,35 14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivabradin „Sandoz“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	T2 T2	- (3)	7,45 14,30
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (3)	7,45 14,30
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				
Ivacorlan 5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	T2 T2	- (3)	7,40 14,25
7,5 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (3)	7,40 14,25
Jeweils Änderung der Verschreibbarkeit der 60 Stk.-Pkg. auf OP3				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AF10 Entecavir					
RE2	Entecavir „Mylan“ 0,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<p>Bei Nukleosid-naiven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: Bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. 					
RE2	Entecavir „Mylan“ 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. - bei dekompensierter Lebererkrankung <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. 					
Jeweils Wegfall von L6					
RE2	Entecavir „ratiopharm“ 0,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	167,25
<p>Bei Nukleosid-naiven Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen (ab 33 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: Bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. 					
RE2	Entecavir „ratiopharm“ 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	167,25
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Lamivudin-refraktären (nicht bei Lamivudin-Resistenz) PatientInnen mit kompensierter Lebererkrankung und nachgewiesener aktiver Virus-Replikation (mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml oder 2.000 IU/ml), kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase (ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose. - bei dekompensierter Lebererkrankung <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit - bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit. 					
Jeweils Wegfall von L6					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BX03 Abirateron					
RE1	Zytiga 500 mg Filmtabl. 	56 Stk.	-	(2)	2.954,00
<p>Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogen und Prednison oder Prednisolon</p> <ul style="list-style-type: none"> - zur Behandlung des neu diagnostizierten Hochrisiko-metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinoms, wenn eine Chemotherapie aufgrund eines reduzierten Allgemeinzustandes und/oder signifikanter Komorbiditäten oder bestehenden Kontraindikationen nicht geeignet ist bei <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen von Fernmetastasen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung (Erstdiagnose) des Prostatakarzinoms und • Vorliegen von mindestens 2 der folgenden 3 Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none"> »» Gleason-Score von ≥ 8 »» ≥ 3 Läsionen in der Knochenszintigraphie »» viszerale Metastasen (via CT oder MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen Lymphknotenbefall) und • Vorbehandlung mit einer Androgenentzugstherapie bis maximal 3 Monate ab Diagnosestellung (Erstdiagnose) des Prostatakarzinoms - zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> • PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und • Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogen oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und • einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und • 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) - zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. <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>Aufnahme einer zusätzlichen Indikation laut Zulassung.</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA32 Apremilast					
RE1 L6	Otezla 30 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	729,50
<p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA.</p> <p>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.</p> <p>Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Apremilast eignet sich für eine chef(kontrollärztliche) Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Änderung von L3 auf L6.</p>					

