GKK KÄRNTEN
www.kgkk.at

EKO-Med-Info

SAMMELBAND Nr. 2/2008
(Mai, Juni, Juli)

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2008

Informationsstand Juli 2008

ROT → GRÜN Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C08 CALCIUMKANALBLOCKER					
C08CA01 Amlodipin					
Amlodipin „+Pharma“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	–	(2)	8,10	**4,79**
10 mg Tabl.	30 Stk.	–	(2)	8,10	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**
G04 UROLOGIKA					
G04CA01 Alfuzosin					
Alfuzosin „Stada“ 5 mg Retardtabl.	10 Stk. 60 Stk.	–	(2)	2,65 9,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **11,04**
Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie.					
10 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	–	(2) (2)	4,40 9,65	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**
Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie.					
Die letzten Monate waren von markanten Änderungen in der Versorgung mit Medikamenten bei benigner Prostatahyperplasie geprägt: ➢ generische Verfügbarkeit der Alpha-Adrenorezeptor-Antagonisten Tamsulosin und Terazosin mit deutlich gestiegener Wirtschaftlichkeit ➢ generische Verfügbarkeit von Finasterid auch im Grünen Bereich auf dem Preisniveau der generischen Alphablocker Da nun auch der Alphablocker Alfuzosin generisch verfügbar ist, können die Therapiekosten für die benigne Prostatahyperplasie weiter gesenkt werden.					
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J01FA10 Azithromycin					
Azithromycin „Sandoz“ 200 mg/5 ml Plv. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen	15 ml 30 ml	–	– –	6,90 11,10	**6,05** **9,60**
Frei verschreibbar für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 14. Lebensjahr.					
Vor Patentablauf von Azithromycin war der „Zithromax“-Trockensaft auf mit den Tabletten vergleichbarem Preisniveau (+10 %). Auch etliche Monate nach Patentablauf und Verfügbarkeit von 5 Generika in Tablettenform blieb der Trockensaft unverändert hochpreisig. Am Beispiel Azithromycin ist nachvollziehbar, dass es auch nach Patentablauf keine Preissenkungen gibt, wenn generische Anbieter nicht erfolgreich oder gar nicht in der entsprechenden Wirkstärke oder Darreichungsform verfügbar sind.					
N02 ANALGETIKA					
N02AX02 Tramadol					
Noax uno 100 mg Retardtabl.	10 Stk.	–	(2)	3,90	**1,00**
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „24h-Dosierungsintervall“.					
Noax uno 100 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	9,60	**2,35**
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „24h-Dosierungsintervall, nicht zur Initialtherapie“.					
Noax uno 200 mg Retardtabl.	10 Stk.	–	(2)	6,45	**1,55**
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „24h-Dosierungsintervall“.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2008)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Noax uno 200 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	15,75	**3,30**
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „24h-Dosierungsintervall, nicht zur Initialtherapie“.					
Tramadolor Uno retard 200 mg Tabl.	10 Stk.	–	(2)	6,45	**1,55**
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „24h-Dosierungsintervall“.					
Tramadolor Uno retard 200 mg Tabl.	30 Stk.	–	–	15,75	**3,30**
Frei verschreibbar mit dem Hinweis „24h-Dosierungsintervall, nicht zur Initialtherapie“.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX08 Risperidon					
Aleptan 1 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	4,45 23,05	**2,13** **16,55**
2 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	7,40 37,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **37,70**
3 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	9,65 48,80	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **55,25**
4 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	12,05 61,00	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **68,70**
Risperidon „Alternova“ 1 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	4,45 23,05	**2,13** **16,55**
2 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	7,40 37,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **37,70**
3 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	9,65 48,80	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **55,25**
4 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	12,05 61,00	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **68,70**
Risperidon „ratiopharm“ 0,5 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	–	(2) –	2,65 14,05	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**
1 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	4,45 23,05	**2,13** **16,55**
2 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	7,40 37,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **37,70**
3 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	9,65 48,80	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **55,25**
4 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	12,05 61,00	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **68,70**
6 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	16,00 77,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **118,90**
Risperidon „Stada“ 1 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	4,45 23,05	**2,13** **16,55**
2 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	7,40 37,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **37,70**
3 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	9,65 48,80	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **55,25**
4 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	12,05 61,00	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **68,70**

Die neueren Antipsychotika Aripiprazol (Abilify), Olanzapin (Zyprexa), Quetiapin (Seroquel) und Risperidon sind eine verordnungsstarke und kostenintensive Substanzklasse. Neben dem Haupteinsatzgebiet der Schizophrenie werden sie häufig auch als Zusatztherapie bei dementiellen Erkrankungen eingesetzt. Bei dieser Indikation zeigen Metaanalysen eine erhöhte Mortalität und Schlaganfallsrate (Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials JAMA. 2005 Oct 19;294(15):1934-43). Aus der Gruppe der atypischen Antipsychotika ist Risperidon - als einzige Substanz mit einer Zulassung in dieser Indikation - zu bevorzugen.
In der Indikation Schizophrenie und bei Verwendung der Wirkstärke zu 6 mg ist entsprechend dem Ampelprinzip und der Regelvorgabe jedenfalls jenes Präparat zu bevorzugen, das im Grünen Bereich gelistet ist.

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2008)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AB06 Sertralin					
SertraPel 50 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	T2	(2) –	5,40 10,65	**0,95** **0,86**
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03AC13 Formoterol					
Formoterol „ratiopharm“ 12 mcg Kaps. z. Trockeninh.	60 Stk.	–	(2)	19,25	**12,55**
IND: *Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD.*					

Mit **Formoterol ratiopharm 12 µg-Kapseln** zur Trockeninhalation steht erstmals eine generische Alternative zu Foradil 12 µg-Kapseln im Grünen Bereich zur Verfügung.
Formoterol ist ein inhalatives langwirksames Beta-2-Sympathomimetikum und zeichnet sich durch eine rasche und selektive Wirkung aus. Der Wirkstoff ist indiziert zur Therapie von Asthma bronchiale und COPD und wird in der Regel 2-mal täglich appliziert.
Im Rahmen der Therapie von Asthma bronchiale empfiehlt sich das Monopräparat Formoterol insbesondere auch als Bedarfsmedikation ergänzend zur jeweiligen Basistherapie („Troubleshooter“).
Bei COPD kommt Formoterol hauptsächlich im Stadium 2 zum Einsatz – entweder als Alternative zu Tiotropium oder ggf. in Kombination mit diesem.
Die Applikation des neuen Generikums erfolgt mit einem beigepackten Inhalator, der hinsichtlich Funktion und Handhabung identisch mit jenem des Erstpräparats ist. Umstellungen sind somit problemlos durchführbar.

ROT → GRÜN Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN				
B05BB01 Elektrolyte				
Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Meditrade“ Plastikinf.fl.	1 Stk. (250 ml) 1 Stk. (500 ml)	– –	(2) (2)	**1,60** **1,65**
Die neuen Plastikinfusionsflaschen werden gleichpreisig mit den herkömmlichen Glasflaschen im Grünen Bereich angeboten.				

ROT → GELB Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN					
B05BB01 Elektrolyte					
RE2	**Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Meditrade“ Plastikinf.fl.**	10 Stk. (250 ml)	–	–	**8,80**
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.					
Die neuen Plastikinfusionsflaschen werden gleichpreisig mit den herkömmlichen Glasflaschen im Gelben Bereich angeboten.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01AX03 Temozolomid					
RE1	**Temodal 140 mg Hartkaps.**	5 Stk. 20 Stk.	–	– –	**713,00** **2733,70**
RE1	**180 mg Hartkaps.**	5 Stk. 20 Stk.	–	– –	**899,85** **3468,20**
Zur Behandlung von PatientInnen mit: - einem erstmalig diagnostizierten Glioblastoma multiforme begleitend zur Radiotherapie und anschließend als Monotherapie - einem nach Standardtherapie rezidivierenden oder progredienten malignem Gliom, wie z.B. Glioblastoma multiforme oder anaplastisches Astrozytom					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2008)

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA02 Donepezil					
RE2	**Aricept Evess 5 mg Schmelztabl.**	7 Stk. 28 Stk.	–	– –	**27,00** **94,75**
RE2	**10 mg Schmelztabl.**	28 Stk.	–	(2)	**102,75**

– Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) 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 Aricept ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.
– Aricept darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
– Aricept eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

N06DA03 Rivastigmin					
RE2	**Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster**	7 Stk. 30 Stk.	–	– (2)	**27,00** **105,70**
RE2	**9,5 mg/24 h transdermales Pflaster**	30 Stk.	–	(2)	**105,70**

– Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) 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 Exelon ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.
– Exelon darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
– Exelon 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
Contravert-B 6 Tabl.	20 Stk.	R06AE55	01.07.2008
Cymevene „Roche“ 500 mg Kaps.	90 Stk.	J05AB06	05.06.2008
Dalcipran 25 mg Kaps.	28 Stk.	N06AX17	01.07.2008
Dalcipran 50 mg Kaps.	28 Stk. 56 Stk.	N06AX17	01.07.2008
Dorehydrin 1 mg/ml Tropfen	15 ml 50 ml	C04AE01	05.06.2008
Dorehydrin retard 2,5 mg Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C04AE01	05.06.2008
Isoprodian Filmtabl.	50 Stk.	J04AC51	23.05.2008
Lidaprim Tabl.	20 Stk.	J01EE03	01.07.2008
Meprobamat-Petrasch Tabl.	20 Stk.	N05BC01	29.05.2008
NeoRecormon 60.000 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in Patronen	1Stk.	B03XA01	01.07.2008
Nycovir 800 mg Tabl.	35 Stk.	J05AB01	01.07.2008
Terbinafin „Genericon“ 125 mg Tabl.	14 Stk.	D01BA02	01.07.2008
Valium „Roche“ 5 mg Tabl.	25 Stk.	N05BA01	01.07.2008

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BA04 Alendronsäure				
Alendronsäure „Arcana“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ 500 mg/400 IE Kautabl. 56 St. *(vormals Alendronsäure „Arcana“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Viatris“ Kautabl. 56 St.)*	4 Stk.		(2)	**17,10**
IND: Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentoron 25 mcg/h – transdermales Matrixpflaster *(vormals Fentoron 25 mcg/h - transdermales Pflaster)*	5 Stk.	–	(2)	**18,60**
IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind.				
Fentoron 50 mcg/h – transdermales Matrixpflaster *(vormals Fentoron 50 mcg/h - transdermales Pflaster)*	5 Stk.	–	(2)	**29,70**
IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind.				
Fentoron 75 mcg/h – transdermales Matrixpflaster *(vormals Fentoron 75 mcg/h - transdermales Pflaster)*	5 Stk.	–	(2)	**39,90**
IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind.				
Fentoron 100 mcg/h – transdermales Matrixpflaster *(vormals Fentoron 100 mcg/h - transdermales Pflaster)*	5 Stk.	–	(2)	**47,80**
IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind.				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AC14 Methylprednisolonaceponat				
Advantan Milch	20 g	–	(2)	**6,10**
R01 RHINOLOGIKA				
R01AD09 Mometason				
Nasonex aquosum Nasenspray	18 g (140 Hb.)	–	–	**15,35**
IND: *allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen.*				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AB05 Diclofenac				
Diclofenac "S.Med" 50 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 50 Stk.	–	(2) (2) (2)	**1,60** **4,25** **6,45**
Diclofenac "S.Med" retard 100 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk. 50 Stk.	–	(2) (2) –	**3,00** **7,45** **11,50**
Aufnahme von zusätzlichen Packungsgrößen zu 10 Stk.				

Änderung der ATC-Codes im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	bisher	ab 01.07.2008
N06 ANTIDEPRESSIVA				
N06AX12 Bupropion				
RE1	**Wellbutrin XR 150 mg Retardtabl.**	30 Stk.	N06AX	**N06AX12**
RE1	**Wellbutrin XR 300 mg Retardtabl.**	30 Stk.	N06AX	**N06AX12**
Zur Behandlung der Depression, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10AE05 Insulin detemir					
RE1	**Levemir 100 E/ml Inj.lsg. in einer Patrone**	5 Stk.	–	–	**74,25**
Für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (A10AC) aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Levemir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
RE1	**Levemir 100 E/ml Inj.lsg. in einem Injektor vorgefüllt, FlexPen**	5 Stk.	–	–	**74,25**
Für PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 1, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (A10AC) aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Levemir eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE					
J06BB16 Palivizumab					
RE1	**Synagis 50 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.**	1 Stk.	–	–	**556,30**
RE1	**100 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.**	1 Stk.	–	–	**907,45**
– Indikationsstellung, Erstverordnung und Erstverabreichung bei Entlassung während der RSV-Saison (November-März) durch das Krankenhaus, weitere Verschreibung und Folgeverabreichungen durch FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. – Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 12 Monate sind. – Frühgeborene, die in der 29., 30., 31. oder 32. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind und Hochrisikokinder sind. – Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3 Monate sind und Hochrisikokinder sind. – Kinder unter zwei Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern – Kindern, mit chronischen Lungenerkrankungen (CLD) als Folge einer bronchopulmonalen Dysplasie bis zum Alter von 2 Jahren, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison noch eine Behandlung (z.B. Sauerstofftherapie) für die CLD erhalten haben. Die Prophylaxe im 2. Jahr sollte der schweren Form der CLD vorbehalten sein.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB04 Adalimumab					
RE1	**Humira 40 mg Inj.lsg. im vorgefüllten Pen**	2 Stk.	–	–	**1152,70**
1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Humira in Kombination mit Methotrexat angewendet. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, dass ein klinisches Ansprechen normalerweise innerhalb von 12 Wochen erzielt wird. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Gegenanzeigen der Fachinformation beachten! 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/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen/eine Arzt/Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. 5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Dermatologie.					
RE1	**Humira 40 mg Inj.lsg. in Fertigspr.**	2 Stk.	–	–	**1152,70**
1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Humira in Kombination mit Methotrexat angewendet. Humira kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, dass ein klinisches Ansprechen normalerweise innerhalb von 12 Wochen erzielt wird. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Gegenanzeigen der Fachinformation beachten! 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/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 3. Schwere aktive Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen/eine Arzt/Ärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. 5. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen/eine Facharzt/Fachärztin für Dermatologie.					

Änderung RE1 → RE2:

ATC	Präparat	Menge	bisher	ab 01.07.2008
A10AE04	Lantus **100 E/ml Inj.lsg. in einem** Fertigpen, **Solostar**	5 Stk.	RE1	RE2
Für Patienten mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem Grünen Bereich (ATC A10AC, A10AD) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Lantus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).				

Rückblickend:

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2008

Informationsstand Juni 2008

ROT → GRÜN Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC03 Lansoprazol					
Lansoprazol "Actavis" 15 mg magensaftresistente Hartkaps.	28 Stk.	–	(2)	10,05	**1,40**
30 mg magensaftresistente Hartkaps.	7 Stk. 14 Stk. 28 Stk.	– – –	– – –	5,00 9,20 11,55	**1,35** **1,40** **36,40** **Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO**
Jeden Tag erhalten die SV-Träger ABS-Anträge zur Kostenübernahme von Agopton 30 mg 28 Stk. Diese kosten mehr als 4-mal so viel wie Lansoprazol „Actavis" 28 Stk. und sind daher aus Wirtschaftlichkeitsgründen nicht im Erstattungskodex angeführt. Das signalisiert den Bedarf nach einer Monatspackung, die generisch von mehreren Anbietern im Grünen Bereich zur Verfügung steht.					
G04 UROLOGIKA					
G04CA01 Alfusozin					
Alfuzosin "1A Pharma" 5 mg Retardtabl.	30 Stk. 60 Stk.	– –	– (2)	6,95 11,35	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **9,46**
Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie					
Alfuzosin "Hexal" 5 mg Retardtabl.	30 Stk. 60 Stk.	– –	– (2)	6,95 11,35	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **9,46**
Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie					
Die wirtschaftliche Therapie der benignen Prostatahyperplasie wird durch die Aufnahme von Alfuzosin „1A Pharma" und „Hexal" in den Grünen Bereich erweitert. Nach Erstverordnung durch den Facharzt kann die Folgeverordnung durch den Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Es sind nun Alfuzosin, Doxazosin, Tamsulosin, Terazosin und Finasterid im Grünen Bereich.					
G04CA02 Tamsulosin					
Tamsulosin "Ranbaxy" 0,4 mg Retardkaps.	30 Stk. 60 Stk.	– –	(2) (2)	2,55 8,55	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **0,95**
Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB03 Bicalutamid					
Bicalutamid "G.L." 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	76,75	**80,10**
150 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	152,85	**218,15**
Bicalutamid "Interpharm" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	76,75	**80,10**
150 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	–	152,85	**218,15**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2008)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N02 ANALGETIKA					
N02AB03 Fentanyl					
Fentoron 12 mcg/h – transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	–	(2)	10,20	**12,50**
IND: *chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind.* ***SG***					
Die Palette der generischen Opiatpflaster wird um die Stärke von 12 mcg/h erweitert.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX08 Risperidon					
Risperidon "1A Pharma" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml 100 ml	– –	(2) –	17,90 50,55	**15,20** **41,20**
Risperidon "Hexal" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml 100 ml	– –	(2) –	17,90 50,55	**15,20** **41,20**
Risperidon "Sandoz" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml 100 ml	– –	(2) –	17,90 50,55	**15,20** **41,20**
Risperidon "ratiopharm" 1 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	– – –	(2) – –	5,95 17,10 27,45	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **19,39** **31,63**
2 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	– – –	(2) – –	11,30 32,10 51,95	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **25,89** **58,81** **Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO**
Mit der oralen Lösung und der Schmelztablette sind zwei neue galenische Formen generisch verfügbar. Besonders Patienten, die Schluckbeschwerden haben, profitieren von dieser neuen kostengünstigen Alternative.					

ROT → GELB Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA23 Natalizumab					
RE1	**Tysabri 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.**	1 Stk	–	–	**1737,15**

Im begründeten Einzelfall kann eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen, wenn die Verabreichung der ersten drei Infusionen im stationären Bereich erfolgte:
Bei Patienten mit hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die auf einen vollständigen und angemessenen Zyklus einer Interferon-beta Therapie (Mindesttherapiedauer ein Jahr) nicht angesprochen haben und weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen. Bei diesen Patienten sollte es während der Therapie im vorangegangenen Jahr zu mindestens einem Schub gekommen sein, und sie sollten mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion aufweisen.

- Die Indikationsstellung und Überwachung der Therapie mit Natalizumab sowie eine entsprechende Anamnese und gegebenenfalls Untersuchung vor jeder Infusion (cave: Kontraindikationen) muss durch einen in der Diagnosestellung und Behandlung von neurologischen Erkrankungen erfahrenen Spezialisten (Facharzt) in von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) approbierten Zentren mit raschem Zugang zu MRT erfolgen.
- Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Natalizumab über einen Behandlungszeitraum von 2 Jahren hinaus sind nicht verfügbar (Fachinformation). Eine Kostenübernahme darüber hinaus kann nur erwogen werden, wenn zu diesem Zeitpunkt Sicherheits- und Wirksamkeitsdaten für einen entsprechend längeren Zeitraum vorliegen.
- Für Patienten, die nach 6-monatiger Behandlung noch keinen ausreichenden Behandlungserfolg zeigen, kann keine weitere Kostenübernahme erfolgen.
- Bei jeder Verschlechterung der Erkrankung oder infusionsbedingten Ereignissen sollte das Vorhandensein von Antikörpern gegen Natalizumab untersucht werden.
- Im Falle eines positiven Antikörpertests und eines positiven Bestätigungstests nach 6 Wochen ist die Behandlung abzubrechen.
- Patienten mit einer Überempfindlichkeitsreaktion müssen dauerhaft von einer Behandlung mit Tysabri ausgeschlossen werden.
- Vor Beginn der Behandlung ist ein immungeschwächter Status (cave wash out Phase von Immunsuppressiva) auszuschließen.
- Patienten, die mit Natalizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.
- Patienten, die mit Natalizumab behandelt werden, muss ein spezieller Patientenpass ausgehändigt werden.
- Anwendungshinweis: Nach dem Verdünnen ist die Infusion über etwa eine Stunde zu verabreichen. Die Patienten sind während der Infusion und eine Stunde über das Ende der Infusion hinaus auf Anzeichen und Symptome einer Überempfindlichkeitsreaktion hin zu beobachten.
- Grundsätzlich keine Kostenübernahme für Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der MRT des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT.

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2008)

Folgende Präparate wurden aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Ambenat Salbe	40 g	M02AC	01.06.2008
Ambene-N-Zäpf.	5 Stk.	M01AA01	01.06.2008
Aqua ad injectabilia "Medipharm" Dstfl. 100 ml	10 Stk.	V07AB	01.06.2008
Bocatriol „Leo" 0,25 mcg Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	A11CC04	01.06.2008
Bocatriol „Leo" 0,5 mcg Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	A11CC04	01.06.2008
Carvedilol "ratiopharm" 3,125 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.06.2008
Cedocard 5 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	C01DA08	01.06.2008
Cinnabene Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	N07CA02	01.06.2008
Cisordinol 20 mg/ml Tropf.	20 ml	N05AF05	01.06.2008
Colme-Tropfen Amp.	4 Stk.	N07BB02	28.04.2008
Diamicron 80 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	A10BB09	01.06.2008
Dorehydrin retard 4,5 mg Kaps.	30 Stk.	C04AE01	01.06.2008
Doxybene 200 mg Kaps.	5 Stk. 10 Stk.	J01AA02	01.06.2008
Elantan Tabl. 20 mg	20 Stk. 60 Stk.	C01DA14	01.06.2008
Ergokapton Drag.	20 Stk.	N02CA02	13.05.2008
Gabitril 15 mg Filmtabl.	100 Stk.	N03AG06	01.06.2008
Lanitop 0,2 mg Amp.	5 Stk.	C01AA08	01.06.2008
Leukase Salbe	15 g 100 g	D06AX	01.06.2008
Lidaprim orale Susp. f. Kind.	50 ml 100 ml	J01EE03	01.06.2008
Mucobene 100 mg lösl. Pulver	20 Stk.	R05CB01	28.04.2008
Mucobene 200 mg lösl. Pulver	20 Stk.	R05CB01	01.06.2008
Na. chlorat. physiolog. "Medipharm" Inf.fl. 250 ml	1 Stk. 10 Stk.	B05BB01	01.06.2008
Na. chlorat. physiolog. "Medipharm" Inf.fl. 500 ml	10 Stk.	B05BB01	01.06.2008
Omnipaque 300 mg J/ml Stechamp.	1 Stk.	V08AB02	01.06.2008
Ovitrelle 250 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	G03GA08	01.06.2008
Suxinutin Saft	200 ml	N03AD01	01.06.2008
Tamoxifen "ratiopharm" 10 mg Tabl.	30 Stk.	L02BA01	01.06.2008
Terazosin "ratiopharm" 1 mg Tabl.	10 Stk. 28 Stk.	C02CA	01.06.2008
Terazosin "ratiopharm" 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C02CA	01.06.2008
Ulcometin 200 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BA01	01.06.2008
Zavedos 25 mg Kaps.	1 Stk.	L01DB06	01.06.2008

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D10 AKNEMITTEL				
D10BA01 Isotretinoin				
Isotretinoin "ratiopharm" 20 mg Kaps.	30 Stk.	–	(2)	**34,25**
Die 100-Stück-Packung wird aus dem Gelben Bereich des Erstattungskodex gestrichen.				
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06AB04 Citalopram				
Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) –	**8,30** **15,60**

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
G03 UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE					
G03GA07 Lutropin alfa					
RE1	**Luveris 75 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inf.lsg.**	1 Stk.	–	–	**76,80**
Eine Kostenübernahme ist möglich zur Stimulation der Follikelreifung bei Frauen, die einen schwerwiegenden LH- und FSH-Mangel aufweisen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.					
Die 10-Stück-Packung wird vom Markt genommen.					

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Mai 2008

Informationsstand Mai 2008

ROT → GRÜN Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC01 Omeprazol					
Omeprazol „Genericon“ 10 mg magensaftresistente Kaps.	30 Stk.	–	(2)	12,35	**0,62**
20 mg	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	– – –	– – –	5,80 10,40 16,55	**0,45** **0,65** **6,35** **(Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO)**
40 mg	14 Stk. 30 Stk.	–	– –	10,80 17,10	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**
Das Einsparpotenzial ist für die 30-Stück-Packung nicht angeführt, weil es keine vergleichbare Packungsgröße des Erstanbieters im EKO gibt. Da allerdings sehr oft Rezepte mit 2 Packungen zu 14 Stück ausgestellt werden, reduziert Omeprazol Genericon 30 Stück den Selbstbehalt des Patienten pro Rezept um € 4,80 und die Kassenkosten um € 11,60 bzw. € 16,40 bei Rezeptgebührenbefreiung. Die höhere Wirkstärke zu 40 mg ist eine Alternative bei jenen Patienten, die bislang mit 40 mg eines anderen PPI therapiert wurden.					
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN					
C07AG02 Carvedilol					
Carvedilol „Sandoz“ 6,25 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2	(2) –	1,25 3,45	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **2,98**
12,5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2	(2) –	2,95 7,05	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **3,77**
25 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2	(2) –	3,80 11,10	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **5,34**
G04 UROLOGIKA					
G04CB01 Finasterid					
Finasterid „Stada“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	–	(2)	10,20	**5,88**
Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie					
Nun ist erstmals ein Nachfolgepräparat zu Proscar im Grünen Bereich des Erstattungskodex verfügbar. Nach Erstverordnung durch den Urologen kann die Weiterverordnung durch den Allgemeinmediziner erfolgen. Entsprechend dem Ampelprinzip des EKO sind die Präparate des Grünen Bereichs zu bevorzugen (§ 4 Abs.3 Z.1Heilmittel-Bewilligungs- und Kontroll-Verordnung)					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2008)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N02 ANALGETIKA					
N02AB03 Fentanyl					
Fentanyl „1A Pharma“ 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	–	(2)	18,60	**12,90**
50 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	29,70	**27,25**
75 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	39,90	**36,65**
100 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	47,80	**43,15**
IND: *chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind*					
Fentanyl „Hexal“ 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	–	(2)	11,55	**11,15**
25 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	18,60	**12,90**
50 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	29,70	**27,25**
75 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	39,90	**36,65**
100 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	47,80	**43,15**
IND: *chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind*					
Fentanyl „Sandoz“ 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	–	(2)	18,60	**12,90**
50 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	29,70	**27,25**
75 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	39,90	**36,65**
100 mcg/h	5 Stk.	–	(2)	47,80	**43,15**
IND: *chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind*					
N02AX02 Tramadol					
Tramadolhydrochlorid „Actavis“ 100 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	–	(2) –	3,95 8,95	**0,95** **3,00**
100 mg	60 Stk.	–	–	14,35	**3,40**
60 Stk.-Packung frei verschreibbar mit dem Hinweis „nicht zur Initialtherapie“					
150 mg	10 Stk. 30 Stk.	–	(2) –	5,35 11,80	**1,20** **3,90**
150 mg	60 Stk.	–	–	19,05	**6,80**
60 Stk.-Packung frei verschreibbar mit dem Hinweis „nicht zur Initialtherapie“					
200 mg	10 Stk. 30 Stk.	–	(2) –	6,55 14,35	**1,45** **4,70**
200 mg	60 Stk.	–	–	23,55	**7,55**
60 Stk.-Packung frei verschreibbar mit dem Hinweis „nicht zur Initialtherapie“					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX08 Risperidon					
Risperidon „Actavis“ 1 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	4,60 25,35	**2,04** **14,25**
2 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	7,70 40,10	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **35,25**
3 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	10,10 54,05	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **50,00**
4 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2	(2) –	12,50 67,00	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **62,70**
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX11 Mirtazapin					
Mirtazapin „Actavis“ 30 mg Schmelztabl.	30 Stk.	–	–	10,15	**38,90** **(Erstanbieter nicht im EKO)**
45 mg Schmelztabl.	30 Stk.	–	–	10,90	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2008)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D10 AKNEMITTEL				
D10BA01 Isotretinoin				
Ciscutan 5 mg Kaps.	30 Stk.	–	(2)	**10,95**
IND: *Schwere Akne, die auf andere Behandlungsmethoden nicht anspricht*				
Diese neue Wirkstoffstärke stellt für die gewichtsbezogene Dosierung eine wünschenswerte Ergänzung zu den bisherigen Stärken dar.				
H03 SCHILDDRÜSENTHERAPIE				
H03AA01 Levothyroxin-Natrium				
Thyrex 25 mcg Tabl.	30 Stk.	–	(2)	**0,80**
75 mcg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	–	(2) –	**1,50** **4,90**
125 mcg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	–	(2) –	**2,05** **6,70**
Durch Aufnahme weiterer Wirkstoffstärken ist eine präzisere Dosisanpassung bei der Hormonsubstitution möglich.				
H04 PANKREASHORMONE				
H04AA01 Glucagon				
Glucagen Hypokit 1 mg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj. lsg. in einer Fertigspr.	1 ml	–	(2)	**25,35**
IND: *Diabetes mellitus Typ I*				
Glucagon ist nun in einer Fertigspritze erhältlich, was die Handhabung vereinfacht.				
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AD02 Tacrolimus				
Advagraf 0,5 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	–	(2)	**65,35**
1 mg Hartkaps., retardiert	60 Stk.	–	(2)	**171,00**
5 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	–	(2)	**357,25**
IND: *nach Organtransplantationen*				
Die extended release Galenik ermöglicht die Einmaldosierung der Wirksubstanz Tacrolimus.				
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AK07 Formoterol und andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen				
Foster 100/6 mcg/Sprühstoß, Druckgasinhalation, Lsg.	120 Hb.	–	–	**46,25**
IND: *Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen*				
Foster stellt eine neue Kombination von Formeterol und Beclomethason dar.				

ROT → GELB Aufnahme kostengünstier Präparate in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX08 Risperidon					
RE1	**Risperidon „Actavis“ 6 mg Filmtabl.**	10 Stk. 60 Stk.	T2	2 –	**25,85** **133,15**
Wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen					

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C02 ANTIHYPERTONIKA					
C02KX03 Sitaxentan					
RE1	**Thelin 100 mg Filmtabl.**	28 Stk.	–	–	**2575,90**
Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.					

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA24 Abatacept					
RE1	**Orencia 250 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.**	2 Stk. 3 Stk.	– –	– –	**772,75** **1146,80**
Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nur in Kombination mit Methotrexat nach Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat und nach Versagen mindestens eines Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors, oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Wenn innerhalb von 6 Behandlungsmonaten kein Ansprechen auf Abatacept eintritt, müssen der potentielle Nutzen einer Fortsetzung der Behandlung, die bekannten und potentiellen Risiken sowie die Behandlungsalternativen abgewogen werden.					

Folgende Präparate wurden aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Buronil 50 mg Amp.	5 Stk.	N05AD03	01.05.2008
Cortison Kemicetin Augensalbe	5 g	S01CA03	30.04.2008
Dogmatil 200 mg Tabl. *Parallelimportprodukt*	48 Stk.	N05AL01	13.03.2008
Fluphenazin „Strallhofer“ 1 mg Tabl.	50 Stk.	N05AB02	15.02.2008
Intraglobin F Inf.lsg.	50 ml 100 ml 100 ml (2 x 50 ml) 200 ml 200 ml (2 x 100 ml)	J06BA02	01.05.2008
Oecotrim forte Tabl.	10 Stk. 25 Stk.	J01EE01	27.03.2008
Prograf 1 mg Kaps. *Parallelimportprodukt*	60 Stk.	L04AD02	13.03.2008
Varidase Trockensubst. z. lokalen Anwendung	1 Stk.	B06AA55	01.05.2008

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AB05 Diclofenac				
Diclofenac “S.Med” retard 75 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk. 50 Stk.	– – –	(2) (2) –	**2,05** **6,10** **8,90**
Aufnahme einer zusätzlichen 10 Stk.-Packung				

Änderung der Verschreibbarkeit bei Erythropoietinen

IND-Änderung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B03 ANTIANÄMIKA				
B03XA01 Erythropoietin				
Erypo 10.000 IE/ml Fertigspr.	6 Stk.	–	(2)	**554,60**
Erypo 40.000 IE/ml Fertigspr.	4 Stk.	–	–	**1202,25**
NeoRecormon 10.000 IE Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	–	(2)	**584,05**
NeoRecormon 20.000 IE Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	–	–	**1202,25**
NeoRecormon 30.000 IE Inj.lsg. in Fertigspr.	4 Stk.	–	–	**1202,25**
Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. – Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. – Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). – Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. – Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. – Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. – Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. – Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.				
B03XA02 Darbepoetin alfa				
Aranesp 150 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)	1 Stk. 4 Stk.	– –	– –	**321,35** **1202,25**
Aranesp 150 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	4 Stk.	–	–	**1202,25**
– Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. – Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. – Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). – Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. – Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. – Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. – Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. – Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.				
Aranesp 300 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)	1 Stk.	–	–	**613,45**
Aranesp 300 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	–	–	**613,45**
Aranesp 500 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)	1 Stk.	–	–	**907,85**
Aranesp 500 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	–	–	**907,85**
Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. – Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. – Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). – Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. – Bei Nichtansprechen Abbruch max. 9 Wochen nach Therapiebeginn. – Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. – Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. – Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.				

Regeländerung (RE1) im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B03 ANTIANÄMIKA					
B03XA01 Erythropoietin					
RE1	**Erypo 1.000 IE/0,5 ml Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**89,15**
RE1	**Erypo 2.000 IE/0,5 ml Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**171,00**
RE1	**Erypo 2.000 IE/ml Stechamp.**	6 Stk.	–	–	**168,45**
RE1	**Erypo 4.000 IE/0,4 ml Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**317,40**
RE1	**Erypo 4.000 IE/ml Stechamp.**	6 Stk.	–	–	**295,40**
RE1	**Erypo 6.000 IE/0,6 ml Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**459,45**
RE1	**Erypo 8.000 IE/0,8 ml Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**576,60**
RE1	**NeoRecormon 500 IE Inj.lsg. in Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**49,90**
RE1	**NeoRecormon 1.000 IE Inj.lsg. in Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**92,55**
RE1	**NeoRecormon 2.000 IE/Inj.lsg. in Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**169,65**
RE1	**NeoRecormon 3.000 IE/Inj.lsg. in Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**232,00**
RE1	**NeoRecormon 4.000 IE/Inj.lsg. in Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**301,40**
RE1	**NeoRecormon 5.000 IE/Inj.lsg. in Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**371,00**
RE1	**NeoRecormon 6.000 IE Inj.lsg. in Fertigspr.**	6 Stk.	–	–	**438,00**
RE1	**NeoRecormon 60.000 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. in Patronen**	1 Stk.	–	–	**723,55**
– Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. – Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl – Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. – Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. – Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. – Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)					
B03XA02 Darbepoetin alfa					
RE1	**Aranesp 10 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr**	4 Stk.	–	–	**123,00**
RE1	**Aranesp 15 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	4 Stk.	–	–	**171,00**
RE1	**Aranesp 20 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	4 Stk.	–	–	**220,00**
RE1	**Aranesp 20 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)**	1 Stk. 4 Stk.	–	–	**66,80** **220,00**
RE1	**Aranesp 30 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	4 Stk.	–	–	**321,35**
RE1	**Aranesp 40 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	4 Stk.	–	–	**402,40**
RE1	**Aranesp 40 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)**	1 Stk. 4 Stk.	–	–	**121,30** **402,40**
RE1	**Aranesp 50 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	4 Stk.	–	–	**417,20**
RE1	**Aranesp 60 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	4 Stk.	–	–	**533,80**
RE1	**Aranesp 60 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)**	1 Stk. 4 Stk.	–	–	**151,50** **533,80**
RE1	**Aranesp 80 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	4 Stk.	–	–	**700,00**
RE1	**Aranesp 80 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)**	1 Stk. 4 Stk.	–	–	**193,95** **700,00**
RE1	**Aranesp 100 mcg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	4 Stk.	–	–	**809,70**
RE1	**Aranesp 100 mcg Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor (SureClick)**	1 Stk. 4 Stk.	–	–	**220,00** **809,70**
– Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. – Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl – Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen. – Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. – Für Patienten, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. – Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)					

ERHÖHTE MORTALITÄT UNTER ESAs

Über Hinweise auf eine erhöhte Mortalität unter Therapie mit Erythropoese-stimulierenden Medikamenten (Erythropoiesis Stimulating Agents, ESAs) bei Karzinompatienten wurde erstmals 2003 im Lancet berichtet.

Publikationen zu diesem Thema mehren sich; eine davon ist die von der Feinberg School of Medicine (USA) und der Universitätsklinik Freiburg durchgeführte Metaanalyse aus 51 Studien: **An über 13.000 KrebspatientInnen wurde eine um zehn Prozent erhöhte Sterblichkeit bei jenen PatientInnen festgestellt (Hazard Ratio 1,10; 95 % CI, 1,01 – 1,20), die ESAs erhielten im Vergleich zur Referenzgruppe ohne Erythropoietin.** Der Grund hierfür liegt möglicherweise in einer Stimulation des Tumorwachstums.

Die FDA (Food and Drug Administration) hat im Jahr 2007 die Anwendung auf chemotherapeutisch behandelte Karzinompatienten in niedrigster Dosierung beschränkt mit dem einzigen Ziel der Reduktion von Bluttransfusionen.

Auch die EMEA hat eine Neubewertung der ESAs durchgeführt (EMEA; Public Statement, Doc Ref. EMEA/496188/2007).

In Diskussion sind weitere Einschränkungen mit der Empfehlung, ESAs bei fortgeschrittenem Mammacarcinom, bei HNO-Tumoren und prinzipiell beim kurativen Therapieansatz nicht mehr einzusetzen. Die Sicherheitsbedenken bei der Anwendung von ESAs beschränken sich nicht auf die onkologische Indikation. Auch unter Therapie der Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit ESAs wurden erhöhte Risiken beobachtet.

Die neue Verwendung für ESAs im Grünen und Gelben Bereich berücksichtigt die Neubewertung des Nutzen-Risiko-Profils der ESAs durch die EMEA und andere Behörden für die Kostenübernahme.

Literatur:

Lancet 2003; 362: 1255-1260

Jama 2008; 299: 914-924

Aerzteblatt: http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=31518 (Zugriff am (27.2.2008)

FDA-Informationen: http://www.fda.gov/cder/drug/early_comm/ESA.htm, (Zugriff am 21.4.2008)

http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/08/briefing/2008-4345b2-01-FDA.pdf (Zugriff am 21.4.2008)