GKK KÄRNTEN
www.kgkk.at

EKO-Med-Info

SAMMELBAND Nr. 1/2011
(November, Dezember, Jänner)

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2011

Informationsstand Jänner 2011

ROT → GRÜN Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung[2*]
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel "ratiopharm GmbH" 75 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	9,15 18,30	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **3,77**
IND: *Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist*					
Einige Clopidogrel-Generika wie das neu aufgenommene Clopidogrel „ratiopharm GmbH" haben die idente Zulassung wie Plavix und können daher auch bei Stentpatientinnen und –patienten eingesetzt werden. Die von manchen Kliniken argumentierte fehlende Zulassung der Clopidogrel-Generika bei Stentpatientinnen und –patienten ist nicht mehr aktuell und sollte in Therapieempfehlungen bei Entlassung nicht mehr angeführt werden. Der Generikaanteil ist bis zum Juli 2010 je nach Bundesland auf 28 % bis 45 % gestiegen und die durchschnittlichen Packungskosten um bis zu 59 % gesunken. Unverändert lohnt der große Preisvorteil von bis zu 18 % die Umstellung auf generisches Clopidogrel.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AD02 Tacrolimus					
Tacrolimus "Sandoz" 0,5 mg Hartkaps.	50 Stk.	-	(2)	51,50	**51,30**
1 mg Hartkaps.	50 Stk.	-	(2)	81,10	**63,50**
5 mg Hartkaps.	50 Stk.	-	(2)	226,80	**343,35**
IND: *nach Organtransplantationen*					
Hiermit ist das erste Generikum zu Prograf im Erstattungskodex gelistet. Das jährliche Einsparpotential beträgt österreichweit 4,5 Millionen Euro bei 100%igem Einsatz der Generika.					
N02 ANALGETIKA					
N02AB03 Fentanyl					
Fentanyl "Stada" 12 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	8,75	**5,45**
25 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	16,40	**6,95**
50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	26,55	**13,55**
75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	34,90	**19,10**
100 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	41,75	**24,90**
IND: *chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind* ***SG***					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2011)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BX04 Denosumab					
RE1	**Prolia 60 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	1 Stk.	-	-	**220,00**
Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma, bei denen eine Therapie mit oralen Bisphosphonaten (ATC-Code M05BA, welche zur Therapie der Osteoporose zugelassen sind) nicht möglich ist.					
Mit dem humanen monoklonalen Antikörper Denosumab steht ein neuer Wirkstoff zur Behandlung der postmenopausalen Osteoporose zur Verfügung. Denosumab zeigte sich in Studien bisher in der Reduktion der Frakturraten gegenüber Placebo effektiv, und obwohl schlecht zwischen Studien verglichen werden kann, sind die Frakturdaten denen von Zoledronat und Teriparatid ähnlich. Zusätzlich zeigte sich Denosumab der traditionellen Therapie der Osteoporose mit oralen Bisphosphonaten in Bezug auf Knochendichtemessungen nicht unterlegen. Head-to-head Studien mit Frakturdaten wurden bisher nicht durchgeführt. Die Inhibition von RANKL kann theoretisch Sicherheitsbedenken aufwerfen, die das gehäufte Auftreten von Malignomen und Infektionen erwarten ließen. Zudem wird für OPG und RANKL eine Rolle in der Entstehung artriosklerotischer Plaques diskutiert. Diese Bedenken wurden bislang in klinischen Studien in der Indikation postmenopausale Osteoporose nicht bestätigt. Es kam zu KEINER Häufung von Todesfällen oder SAEs, im speziellen zu keiner symptomatischen Hypokalzämie, Osteonekrose des Kiefers (obwohl in einer anderen Indikationen, post Mamma- ca, die Häufigkeit von Osteonekrosen bei 2% lag), oder Vorhofflimmern. Es liegen allerdings auch keine Daten zum Langzeiteffekt der Substanz über 6 Jahre hinaus vor. Deshalb ist Denosumab besonders geeignet bei Nierenfunktionsstörung (Kreatininclearance unter 35ml/min), wobei der Kalziumspiegel regelmäßig engmaschig kontrolliert werden sollte.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Akneroxid 5 % Gel	20 g 50 g	D10AE01	01.01.2011
Amboneural 5 mg Tabl.	50 Stk.	N04BD01	01.01.2011
Anxiolit Plus Drag.	20 Stk. 50 Stk.	A03CA	31.12.2010
Clopidogrel "ratiopharm" 75 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	B01AC04	01.01.2011
Cromycin Augentropf.	5 ml	S01AA12	31.12.2010
Famvir 125 mg Filmtabl.	10 Stk.	J05AB09	01.01.2011
Fugerel Tabl.	105 Stk.	L02BB01	31.12.2010
Geralen Kaps.	50 Stk.	D05BA03	31.12.2010
Gichtex plus Tabl.	30 Stk.	M04AA51	31.12.2010
Hemeran Salbe	40 g	C05BA01	31.12.2010
Lantus 100 E/ml Inj.lsg. in einer Patrone für OptiClik	5 Stk.	A10AE04	01.01.2011
Movicol Plv.	10 Stk. 20 Stk.	A06AD65	01.01.2011
Norprolac 0,150 mg Tabl.	30 Stk.	G02CB04	01.01.2011
Ondansetron "Alternova" 4 mg Filmtabl.	10 Stk.	A04AA01	30.11.2010
Ondansetron "Alternova" 8 mg Filmtabl.	10 Stk.	A04AA01	30.11.2010
Ondansetron "Ebewe" 4 mg Filmtabl.	10 Stk.	A04AA01	01.01.2011
Ondansetron "Ebewe" 8 mg Filmtabl.	10 Stk.	A04AA01	01.01.2011
Paracetamol „Rösch" 250 mg Zäpf. f. Kleink.	6 Stk.	N02BE01	31.12.2010
Paracetamol „Rösch" 500 mg Zäpf.	6 Stk.	N02BE01	31.12.2010
Physiolog. Kochsalzlsg. "Mayrhofer" 0,9 % NaCl – Inf.lsg. 250 ml	1 Stk. 10 Stk.	B05BB01	31.12.2010
Physiolog. Kochsalzlsg. "Mayrhofer" 0,9 % NaCl – Inf.lsg. 500 ml	1 Stk. 10 Stk.	B05BB01	31.12.2010
Physiolog. Kochsalzlsg. "Mayrhofer" 0,9 % NaCl – Inf.lsg. 1000 ml	6 Stk.	B05BB01	31.12.2010
Pilka forte Tropfen	20 g	R05CA10	31.12.2010

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Prednitop dermatol. Lsg.	15 ml	D07AC18	31.12.2010
Ringer-Lösung "Mayrhofer" 250 ml	1 Stk. 10 Stk.	B05BB01	31.12.2010
Ringer-Lösung "Mayrhofer" 500 ml	1 Stk. 10 Stk.	B05BB01	31.12.2010
Ringer-Lösung "Mayrhofer" 1000 ml	6 Stk.	B05BB01	31.12.2010
Rivitin BC-Amp.	5 Stk.	A11EB	31.12.2010
Sotalol "Arcana" 80 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AA07	01.01.2011
Sotalol "Arcana" 160 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AA07	01.01.2011
Sucralan 1 g Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BX02	31.12.2010
Tramadolor 50 mg lösb. Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AX02	01.01.2011
Vendal rapid 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA01	31.12.2010
Vendal rapid 20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA01	31.12.2010

Achtung: Mit 1.1.2011 befindet sich Movicol nicht mehr im Erstattungskodex. Alternativ dazu ist Molaxole in gleicher Zusammensetzung im Grünen Bereich verfügbar.

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C02 ANTIHYPERTONIKA				
C02CA04 Doxazosin				
Doxazosin "ratiopharm" 2 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	**3,10** **8,85**
4 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	**9,85**
Anstelle der 28 Stück-Packung ist nun jeweils eine 30-Stück-Packung verfügbar.				
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03BC01 Cromoglicinsäure				
Cromoglin 20 mg/2 ml Inhalationslsg.	60 Stk. 80 Stk.	- -	- -	**18,00** **23,60**
F14				
Die 50 Stück-Packung wurde auf 60 Stück erweitert und die 75 Stück-Packung auf 80 Stück.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01CR02 Amoxicillin und Enzym-Inhibitoren				
Augmentin 457 mg/5ml (400mg/57mg/5ml) Plv zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen.	70 ml 140 ml	- -	- -	**4,80** **8,15**
F14				
vormals Augmentin 457 mg/5 ml Trockensaft				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA				
S01XA12 Dexpanthenol	10 g	-	-	**2,60**
Siccasan Augengel				
vormals Corneregel Augengel				
S01A20 Künstliche Tränen und andere indifferente Mittel				
Siccaforte Augengel	10 g	-	-	**2,90**
vormals Vidisic Augengel				

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DX01 Memantin					
RE2 L6	**Axura 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen**	50 ml	-	(2)	**88,80**
vormals Axura 10 mg/g Tropf. zum Einnehmen Lsg.					
- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) 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 Axura ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Axura darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Axura eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). - Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.					
RE2 L6	**Ebixa 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen**	50 ml	-	(2)	**88,80**
vormals Ebixa 10 mg/g Tropf. zum Einnehmen Lsg.					
- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) 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 Ebixa ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Ebixa darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Ebixa eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). - Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt.					

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B03 ANTIANÄMIKA					
B03AC02 Eisen(III)oxid-Saccharose-Komplex					
RE2	**Venofer 20 mg/ml Inj.lsg. oder Konz. z. Herst. einer Inj.lsg.**	5 Stk.	-	-	**68,20**
Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann					

Überführung von RE1 in RE2:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE05 Tafluprost					
RE2	**Saflutan sine 15 mcg/ml Augentropf. im Einzeldosisbehältnis**	30 Stk.	-	(2)	**26,45**
In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel					

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2010

Informationsstand Dezember 2010

ROT → GRÜN Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung[2*]
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC02 Pantoprazol					
Pantoprazol "ratiopharm" 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	3,00 6,00	0,90 1,15
40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	- - -	- - -	2,20 4,05 7,90	1,35 2,00 1,38
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel "Medico Uno" 75 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	9,30 18,80	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **9,65**
IND: *Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist*					
Mittlerweile verfügen mehrere Arzneispezialitäten mit Clopidogrel über die gleichen Indikationen laut Fachinformation wie das Originärpräparat – dies sind Clogrelhexal, Clopidogrel Genericon, Clogombix und das neue Clopidogrel „Medico Uno".					
C08 CALCIUMKANALBLOCKER					
C08CA13 Lercanidipin					
Lercanidipin "Genericon" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	2,40 7,20	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **4,88**
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	7,20	**7,03**
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09BA05 Ramipril und Diuretika					
Ramipril/HCT "Actavis" 5 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	5,55	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2011)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung[2*]
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AB11 Valaciclovir					
Valaciclovir "Arcana" 500 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 42 Stk.	- - -	- - -	5,65 12,60 15,95	**14,40** **44,40** **60,85**
M03 MUSKELRELAXANZIEN					
M03BX02 Tizanidin					
Tizanidin "Actavis" 2 mg Tabl.	10 Stk. 60 Stk.	- -	(2) -	1,35 6,95	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden**
4 mg Tabl.	10 Stk. 60 Stk.	T2 T2	(2) -	2,40 12,20	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **9,63**

ROT → GELB Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE					
C01EB18 Ranolazin					
RE1 L3	**Ranexa 375 mg Retardtabl.**	30 Stk. 60 Stk.	- -	- -	**37,90** **69,90**
RE1 L3	**500 mg Retardtabl.**	30 Stk. 60 Stk.	- -	- -	**37,90** **69,90**
RE1 L3	**750 mg Retardtabl.**	30 Stk. 60 Stk.	- -	- -	**37,90** **69,90**
Als Ergänzungstherapie zur symptomatischen Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit koronarer Herzkrankheit, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) nicht ausreichend wirksam (als add-on Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam (als add-on Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind.					
G04 UROLOGIKA					
G04BX Andere Urologika					
RE1	**Uro-Vaxom Kaps.**	30 Stk.	-	-	**26,85**
Bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherten, unkomplizierten, chronisch-rekurrierenden Harnwegsinfekten, wenn mit therapeutischen Alternativen (antimikrobielle Prophylaxe) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Diagnosestellung und Therapieeinleitung durch FachärztInnen für Urologie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amlodipin "ratiopharm" 5 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	11.11.2010
Amlodipin "ratiopharm" 10 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	11.11.2010
A.T. 10 Perlen	20 Stk. 60 Stk.	A11CC02	01.12.2010
A.T. 10 Lsg.	15 ml	A11CC02	01.12.2010
Avandamet 2 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD03	01.12.2010
Avandamet 4 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BD03	01.12.2010
Avaglim 4 mg/4 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BD04	01.12.2010
Avaglim 8 mg/4 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BD04	01.12.2010
Avandia 2 mg Filmtabl.	56 Stk.	A10BG02	01.12.2010

Avandia 4 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	A10BG02	01.12.2010
Avandia 8 mg Filmtabl.	28 Stk.	A10BG02	01.12.2010
Beta-Ophtiole 0,1 % Augentropf.	5 ml	S01ED04	01.12.2010
Beta-Ophtiole 0,6 % Augentropf.	5 ml	S01ED04	01.12.2010
Buscopan comp. Drag.	20 Stk.	A03DB04	01.12.2010
Buscopan comp. Supp.	6 Stk.	A03DB04	01.12.2010
Cisordinol 40 mg Filmtabl.	50 Stk. 100 Stk.	N05AF05	03.11.2010
Gastrozepin Tabl. 50 mg	20 Stk. 50 Stk.	A02BX03	01.12.2010
Lisinopril/HCT "Alternova" 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09BA03	01.12.2010
Lisinopril/HCT "Alternova" 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09BA03	01.12.2010
Nitroderm TTS 15 mg/24 h Depot-Pflaster	30 Stk.	C01DA02	01.12.2010
Omeprazol "G.L." 10 mg Kaps.	28 Stk.	A02BC01	01.12.2010
Omeprazol "G.L." 20 mg Kaps.	7 Stk. 14 Stk. 28 Stk.	A02BC01	01.12.2010
Omeprazol "G.L." 40 mg Kaps.	14 Stk. 28 Stk.	A02BC01	01.12.2010
Ortho-Gynest Vaginalcreme	80 g	G03CA04	01.12.2010
Puregon 50 IE/0,5 ml Inj.lsg.	1 Stk. 10 Stk.	G03GA06	01.12.2010
Puregon 100 IE/0,5 ml Inj.lsg.	1 Stk. 10 Stk.	G03GA06	01.12.2010
Puregon 150 IE/0,5 ml Inj.lsg.	1 Stk. 10 Stk.	G03GA06	01.12.2010
Puregon 200 IE/0,5 ml Inj.lsg.	1 Stk. 10 Stk.	G03GA06	01.12.2010
Spiropent 0,02 mg Tabl.	20 Stk. 100 Stk.	R03CC13	01.12.2010
Valaciclovir "Actavis" 1000 mg Filmtabl.	21 Stk.	J05AB11	01.12.2010
Valaciclovir "Actavis" 500 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 42 Stk.	J05AB11	01.12.2010
Vibrocil Nasengel	10 g	R01AB01	01.12.2010
Vibrocil Nasentropf.	15 ml	R01AB01	01.12.2010

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
G01 GYNÄKOLOGISCHE ANTIINFEKTIVA UND ANTISEPTIKA				
G01AA10 Clindamycin				
Dalacin Vaginalcreme	20 g	-	(2)	**8,75**
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AC13 Formoterol				
Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. z. Inh. + Inhalator	60 Hb	-	-	**19,20**
Novolizer Formoterol "Meda" 12 mcg Plv. z. Inh. Nachfüllpackung	60 Hb	-	(2)	**19,20**
IND: *Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD*				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
V08 KONTRASTMITTEL				
V08AB07 Ioversol				
Optiray 320 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. *für die Phlebographie und Urographie*	1 Stk. 50 ml Inf. fl.+Inf.ger. 1 Stk. 50 ml Fertigspr.	- -	(2) (2)	**37,30** **38,35**
Optiray 320 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. für die Urographie	1 Stk. 75 ml Inf. fl.+Inf.ger.	-	(2)	**49,00**
Streichung der Optiray 320mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. 1 St. (20 ml Stechampulle)				
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Radiologie				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A01 STOMATOLOGIKA				
A01AA01 Natriumfluorid				
Zymafluor 0,25 mg Tabl.	300 Stk.	-	-	**2,55**
vormals Zymafluor ¼ mg Tabl.				
M04 GICHTMITTEL				
M04AA01 Allopurinol				
Allopurinol "G.L." 300 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	**4,55**
vormals Gichtex 300 mg Tabl.				

Änderung der Bezeichnung sowie des ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BA02 Levodopa und Decarboxylasehemmer				
Restex 100 mg/25 mg Retardkaps.	20 Stk. 50 Stk.	- -	(2) -	**5,85** **12,95**
vormals: Restex Retardkaps., (N07X Andere Mittel für das Nervensystem)				
Restex 100 mg/25 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	T4 T4	(2) -	**5,70** **12,60**
vormals: Restex Tabl., (N07X Andere Mittel für das Nervensystem)				

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AH01 Zanamivir					
RE2	**Relenza Rotadisks 5 mg/Dosis einzeldosiertes Plv. z. Inhal.**	20 Stk.	-	-	**19,40**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
vormals Relenza Rotadisks Plv. z. Inhalation					
Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde Patienten binnen 48 Stunden nach Auftreten der klinischen Symptome möglich, wenn eine Grippewelle in Österreich bzw. für bestimmte Bundesländer durch das Virologische Institut der Medizinischen Universität Wien diagnostiziert und verlautbart worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.					
J05AF01 ZIDOVUDIN					
RE2	**Retrovir 100 mg/10 ml Saft**	200 ml	-	-	**43,40**
vormals Retrovir 50 mg/5 ml Saft					
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Kindern und Erwachsenen mit schwerwiegenden Schluckstörungen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige –kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.					

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2010

Informationsstand November 2010

ROT → GRÜN Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung[2*]
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BX02 Repaglinid					
Repaglinid „ratiopharm“ 0,5 mg Tabl.	30 Stk. 90 Stk.	- -	- (2)	4,10 12,05	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **10,40**
1 mg Tabl.	90 Stk.	-	(2)	12,40	**10,70**
2 mg Tabl.	90 Stk.	-	(2)	12,95	**11,10**
Erstmals ist der Wirkstoff Repaglinid (Erstanbieter Novonorm) generisch verfügbar. Das Einsparungspotenzial ist österreichweit enorm: Berechnet anhand der Verordnungen des 1. Halbjahres 2010 beträgt es rund € 987.000,- pro Jahr. Im Vergleich der Verordnungszahlen der einzelnen Wirkstoffstärken ist das Einsparungspotenzial bei der 2 mg-Dosierung am größten.					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02AE02 Leuprorelin					
Leuprorelin „Sandoz“ 5 mg – Implantat für 3 Monate	1 Stk.	-	-	219,75	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**
IND: *Prostatakarzinom*					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2011)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
V01 ALLERGENE				
V01AA02 Gräserpollen				
Oralair 100 IR+300 IR Sublingualtabl.	31 Stk.	-	-	91,70
300 IR Sublingualtabl.	30 Stk.	-	(2)	91,70
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Lungenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinderheilkunde und Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten				
Mit Oralair ist nun die zweite orale Behandlungsmöglichkeit von Gräserpollenallergien im Erstattungskodex enthalten. Es besteht aus fünf Gräserpollenallergenextrakten: Knäuelgras, gewöhnlichem Ruchgras, deutschem Weidelgras, Wiesenrispengras und Wiesenlieschgras.				

ROT → GELB Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D05 ANTIPSORIATIKA					
D05AX52 Calcipotriol, Kombinationen					
RE1	**Xamiol 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel**	30 g	-	-	**28,90**
Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZU SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AE03 Ritonavir					
RE2	**Norvir 100 mg Filmtabl.**	30 Stk.	-	-	**45,75**
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige –kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen					
Die Norvir Weichkapseln wurden durch Filmtabletten ausgetauscht, bei denen die gekühlte Lagerung nicht mehr notwendig ist.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC05 Ustekinumab					
RE1	**Stelara 45 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	1 Stk.	-	-	**3.210,70**
Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Diagnosestellung, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Stelara darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. Die PatientInnen sollen in ein entsprechendes Register aufgenommen werden.					
RE1	**Stelara 90 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	1 Stk.	-	-	**3.847,85**
Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben. Diagnosestellung, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Stelara darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. Die PatientInnen sollen in ein entsprechendes Register aufgenommen werden.					
Statt der Durchstichflaschen steht Stelara nun als Fertigspritze in zwei Wirkstoffstärken zur Verfügung.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Alfuzosin „Arcana“ retard 10 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	G04CA01	01.11.2010
Clarithromycin „Ranbaxy“ 125 mg/5 ml Gran. z. Herst. einer Susp. z. Einnehmen	70 ml	J01FA09	14.10.2010
Clysmol salinischer Einlauf	125 ml 1250 ml	A06AG01	01.11.2010
Fluanxol Depot 40 mg Inj.lsg.	1 Stk.	N05AF01	01.11.2010
Glimepirid „Merck“ 1 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.11.2010
Insuman Basal 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl.	5 Stk.	A10AC01	01.11.2010
Neutronorm retard 350 mg Tabl.	50 Stk.	A02BA01	01.11.2010
Norvir 100 mg Weichkaps.	84 Stk.	J05AE03	01.11.2010
Prednitop Creme	15 g 30 g	D07AC18	01.11.2010
Prednitop Salbe	15 g 30 g	D07AC18	01.11.2010
Ramipril „Ranbaxy“ 2,5 mg Filmtabl.	20 Stk. 30 Stk.	C09AA05	29.09.2010
Stelara 45 mg Inj.lsg.	1 Stk.	L04AC05	01.11.2010

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BA04 Alendronsäure				
Alendronsäure “Interpharm” 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 “Viatris” Kautabl. 56 Stk.	4 Stk.	-	(2)	**14,00**

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AE03 Ketoprofen				
Profenid 50 mg Kaps.	30 Stk.	SJ	(2)	**3,35**
Streichung der 50 Stk.-Packung				

Übernahme vom Gelben in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07AB02 Metoprolol				
Metohexal retard 23,75 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	**0,50** **0,95**

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10AB01 Insulin (human)				
Huminsulin „Lilly“ Normal 100 IE/ml Patronen *vormals Huminsulin „Lilly“ Normal 100 IE/ml Zylinderamp.*	5 Stk.	-	(2)	**35,85**
A10AC01 Insulin (human)				
Huminsulin „Lilly“ Basal 100 IE/ml Dstfl. *vormals Huminsulin „Lilly“ Basal (NPH) 100 IE/ml Dstfl.*	2 Stk.	-	(2)	**43,25**
Huminsulin „Lilly“ Basal 100 IE/ml Patronen *vormals Huminsulin „Lilly“ Basal 100 IE/ml Zylinderamp.*	5 Stk.	-	(2)	**35,85**
A10AD01 Insulin (human)				
Huminsulin „Lilly“Profil III 100 IE/ml Patronen *vormals Huminsulin „Lilly“ Profil III 100 IE/ml Zylinderamp.*	5 Stk.	-	(2)	**35,85**
R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE				
R05DA04 Codein				
Codipertussin 230 mg/100 ml Hustensaft *vormals Codipertussin Hustensaft*	100 ml	-	-	**3,80**
F14				
Codipertussin 697 mg/100 ml Konzentrat Tropf. *vormals Codipertussin Konzentrat Tropf.*	33 ml	-	-	**2,85**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2010)