

Neu im EKO – SAMMELBAND

(Änderungen ab November, Dezember 2012 und Jänner 2013)

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2013

Informationsstand Jänner 2013

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>					
<b>M05BA06 Ibandronsäure</b>					
<b>Osteoviva 150 mg Filmtabl.</b>	1 Stk.	-	(2)	6,55	<b>3,85</b>
Ca. 70.000 Österreicher werden mit einem wöchentlich einzunehmenden Alendronat- oder Risedronat versorgt. Die einmal monatliche Gabe von 150 mg Ibandronat stellt eine Alternative dar. Das neue Präparat Osteoviva ist äquivalent zu Ibandronsäure ratiopharm 150 mg und sehr wirtschaftlich.					
<b>R06 ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>R06AX27 Desloratadin</b>					
<b>Desloraderm 5 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	1,65 4,40	<b>1,80 3,85</b>
Zahlreiche Generika mit dem Wirkstoff Desloratadin stehen im Erstattungskodex zur Verfügung.					
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>					
<b>S01EE01 Latanoprost</b>					
<b>Akistan 50 mcg/ml Augentropf.</b>	2,5 ml 1 ml = 32 Tr.	-	(2)	9,25	<b>0,35</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA04 Galantamin</b>						
RE2 L6	<b>Galantamin „Sandoz“ 8 mg Retardkaps.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	9,60 27,25	6,78 21,27
RE2 L6	<b>16 mg Retardkaps.</b>	30 Stk.	-	(2)	43,30	29,14
RE2 L6	<b>24 mg Retardkaps.</b>	30 Stk.	-	(2)	50,50	28,92

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung
<p>Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.            Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.            Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.            Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.            Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.            Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.            Die Therapie mit Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.            Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.            Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
Galantamin „Sandoz“ Retardkaps. stellen einen weiteren Nachfolger zum Cholinesterasehemmer Galantamin mit einem deutlichen Preisunterschied dar.					

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AH02 Osetamivir</b>					
RE2	<b>Tamiflu 6 mg/ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b>	13 g	-	(2)	<b>15,65</b>
<p>Eine Abgabe auf Kassenkosten ist ausschließlich für hoch fiebernde PatientInnen 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.</p> <p>Tamiflu 6 mg/ml Plv. ersetzt die bis dato verfügbare Kinderdarreichungsform Tamiflu 12 mg/ml Plv.            Da die Anfrage der Cochrane Collaboration nach Zugang zu den Studiendaten der Firma Roche auch nach Jahren nicht zufriedenstellend beantwortet wurde, ist eine internationale Diskussion losgebrochen. Für eine valide Beurteilung von Medikamenten muss der Zugang zu den Originaldaten der Studien möglich sein (<a href="http://www.bmj.com/tamiflu">http://www.bmj.com/tamiflu</a>, Zugang am 6.12.12). Die Frage steht im Raum: Hat Tamiflu überhaupt eine klinische relevante Wirksamkeit?</p>					
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX18 Lacosamid</b>					
RE1 L12	<b>Vimpat 10 mg/ml Sirup</b>	200 ml	-	-	<b>48,20</b>
<p>Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 16 Jahren.            Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin.            Sirup: nur bei schwerer Schluckstörung            Vimpat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12)</p>					

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Adumbran Tabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	N05BA04	31.12.2012
<b>Amisan 250 mg Tabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	D01BA02	31.12.2012
<b>Amoclanhexal 625 mg Filmtabl.</b>	12 Stk.	J01CR02	31.12.2012
<b>Amoxihexal forte 500 mg/5 ml Trockensaft</b>	60 ml	J01CA04	31.12.2012
<b>Baneocin pro inst.</b>	10 ml	D06AX	31.12.2012
<b>ben-u-ron 500 mg Zäpf. f. Schulk.</b>	5 Stk.	N02BE01	31.12.2012
<b>ben-u-ron 1000 mg Zäpf. f. Schulk.</b>	5 Stk.	N02BE01	31.12.2012
<b>Bezafibrat „Arcana“ retard 400 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C10AB02	31.12.2012
<b>Bradys Magentropf.</b>	50 ml	A15	31.12.2012
<b>Brinerdin Drag.</b>	50 Stk.	C02LA51	31.12.2012
<b>Carvedilol „Pfizer“ 6,25 mg Tabl.</b>	14 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.01.2013

Ceolat comp. Kautabl.	20 Stk. 50 Stk.	A03AX13	01.01.2013
Cetazin 10% Augentropf.	10 ml	S01AB04	31.12.2012
Cetirizin "Alternova" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AE07	31.12.2012
Coldistan Nasensalbe	8 g	R01AB01	31.12.2012
Cosopt Augentropf.	5 ml	S01ED51	01.01.2013
Cutimix Schüttelmixtur	100 g	D02AB	31.12.2012
Demetrin Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	N05BA11	01.01.2013
Deponit 5 mg/24 h Depot-Pflaster	30 Stk.	C01DA02	01.01.2013
Deponit 10 mg/24 h Depot-Pflaster	30 Stk.	C01DA02	01.01.2013
Deponit 15 mg/24 h Depot-Pflaster	30 Stk.	C01DA02	01.01.2013
Diclofenac „Genericon“ 100 mg Zäpf.	6 Stk.	M01AB05	01.01.2013
Dipentum 500 mg Tabl.	100 Stk.	A07EC03	31.12.2012
Dopergin Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BX	31.12.2012
Estradurin 80 mg Trockenstechamp. m. Lsgm.	1 Stk.	L02AA02	01.01.2013
Fosinopril „Stada“ 10 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C09AA09	01.01.2013
Fosinopril „Stada“ 20 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C09AA09	01.01.2013
Gynipral 0,5 mg Tabl.	50 Stk.	G02CA	31.12.2012
Gyno-Travogen 600 mg Ovulum	1 Stk.	G01AF07	31.12.2012
Heptadon 10 mg Amp.	10 Stk.	N02AC	31.12.2012
Hydroderm „Aesca“ 1 % Creme	15 g 30 g	D07AA02	31.12.2012
Indocollyre Augentropf.	1 Stk.	S01BC01	31.12.2012
Itrop Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C01CX	31.12.2012
Keratosyl Creme forte „Widmer“	30 g	D02AE51	31.12.2012
Latesyl Creme	40 g	M02AC	31.12.2012
Lipsin 100 mg Kaps.	30 Stk.	C10AB05	31.12.2012
Lipsin retard 250 mg Kaps.	30 Stk.	C10AB05	31.12.2012
Lomir 2,5 mg Tabl.	50 Stk.	C08CA03	31.12.2012
Lomir SRO 5 mg Kaps.	30 Stk.	C08CA03	31.12.2012
Mirfulan Salbe	30 g 150 g	D03AA	31.12.2012
Mirtabene 15 mg Schmelztabl.	30 Stk.	N06AX11	01.01.2013
Mycopol dermatol. Lsg	100 g	D01AE54	31.12.2012
Neutromed 800 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	A02BA01	31.12.2012
Normastigmin Augentropf. mit Pilocarpin	10 ml	S01EB51	31.12.2012
NovoNorm 0,5 mg Tabl.	90 Stk.	A10BX02	01.01.2013
NovoNorm 1 mg Tabl.	90 Stk.	A10BX02	01.01.2013
NovoNorm 2 mg Tabl.	90 Stk.	A10BX02	01.01.2013
Opino Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C05CX	31.12.2012
Orap 1 mg Tabl.	50 Stk.	N05AG02	01.01.2013
Orap forte 4 mg Tabl.	20 Stk.	N05AG02	01.01.2013
Otalgan Ohrentropf.	10 ml	S02DA30	31.12.2012
Panzynorm forte Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	A09AA02	31.12.2012
Pevaryl Hautmilch	30 ml	D01AC03	01.01.2013
Prednitop Fettsalbe	15 g	D07AC18	31.12.2012

Psychopax 5 mg Rektaltuben	5 Stk.	N05BA01	31.12.2012
Psychopax 10 mg Rektaltuben	5 Stk.	N05BA01	31.12.2012
Refobacin Augensalbe	2,5 g	S01AA11	31.12.2012
Retarpen comp. Trockenstechamp.m.Suspendierungsmittel	1 Stk.	J01CE30	31.12.2012
Ribomunyl Tabl.	12 Stk. 60 Stk.	L03AX	31.12.2012
Risperidon „ratiopharm“ 0,5 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.01.2013
System 50 mcg/24 h Depot-Pflaster	6 Stk.	G03CA03	01.01.2013
Tamiflu 12 mg/ml Plv. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen	30 g	J05AH02	01.01.2013
Thrombocid Salbe	40 g	C05BA51	31.12.2012
Tioctan 10 mg/ml Inj.lsg.	5 Stk. 25 Stk.	A16AX01	31.12.2012
Ucecal 100 IE Nasalspray	14 Hub 42 Hub	H05BA01	31.12.2012
Ulcogant 1 g Gran.	20 Stk. 50 Stk.	A02BX02	31.12.2012
Valium „Roche“ 10 mg Tabl.	25 Stk.	N05BA01	31.12.2012
Vibramycin 100 mg Kaps.	5 Stk. 10 Stk.	J01AA02	31.12.2012
Vistagan Liquifilm 0,1 % Augentropf.	5 ml	S01ED03	31.12.2012
Vistagan Liquifilm 0,25 % Augentropf.	5 ml	S01ED03	31.12.2012
Zoroxin Filmtabl.	10 Stk. 20 Stk.	J01MA06	31.12.2012

### Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09CA06 Candesartan</b>				
Blopress 4 mg Tabl.	28 Stk.	T2	(2)	13,30
8 mg Tabl.	28 Stk.	T2	(2)	16,30
16 mg Tabl.	28 Stk.	T2	(2)	16,30
32 mg Tabl.	28 Stk.	T2	(2)	16,30
Änderung der Verwendung auf „frei verschreibbar“				
<b>C09DA06 Candesartan und Diuretika</b>				
Blopress Plus 8 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	T2	(2)	16,30
16 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	T2	(2)	16,30
32 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	16,30
32 mg/25 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	16,30
Änderung der Verwendung auf „frei verschreibbar“				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C03 DIURETIKA</b>				
<b>C03DA04 Eplerenon</b>				
Inspira 25 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	-	-	15,95 44,55
50 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	-	-	15,95 44,55

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>IND:</b> Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde				
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>				
<b>N05AH03 Olanzapin</b>				
Zyprexa 15 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	60,80
Zyprexa VeloTab 15 mg Schmelztabl.	28 Stk.	-	-	60,80

### Änderung des ATC -Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>G02 ANDERE GYNÄKOLOGIKA</b>				
<b>G02CX04 Cimicifuga rhizoma</b>				
Agnukliman Tropfen vormals ATC-Code G02CX	100 ml 1 ml = 20 Tr.	-	-	4,25

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09CA03 Valsartan</b>				
Valsacor 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,35
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,60
160 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,60
jeweils Streichung der 14 Stk.-Packung				
<b>C09DA03 Valsartan und Diuretika</b>				
Valsartan/HCT "Krka" 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60
160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60
160 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60
jeweils Streichung der 14 Stk.-Packung				
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>				
<b>N04BA02 Levodopa und Decarboxylasehemmer</b>				
Sinemet 25 mg/100 mg Tabl.	98 Stk.	-	-	17,15
25 mg/250 mg Tabl.	98 Stk.	-	-	28,75
Austausch der 100 Stk.-Packung auf 98 Stk.-Packung				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BG03 Pioglitazon</b>				
RE1 L12 Actos 15 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	17,20
RE1 L12 30 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	21,90

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1 L12	<b>45 mg Tabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>27,90</b>

Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.  
 - Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.  
 - Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen.  
 - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen.  
 - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.  
 - Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

**L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL**

**L01XX05 Hydroxycarbamid**

RE2	<b>Litalir 500 mg Kaps.</b>	100 Stk.	-	-	<b>187,00</b>
-----	-----------------------------	----------	---	---	---------------

Bei PatientInnen mit:  
 chronisch myeloischer Leukämie  
 Polyzythämia vera mit hohem Risiko für thromboembolische Komplikationen  
 Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich (RE1 → RE2):**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
----------	--	-------	---	----	-------

**J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG**

**J05AG05 Rilpivirin**

RE2	<b>Edurant 25 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>310,05</b>
-----	--------------------------------	---------	---	---	---------------

In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln für die Behandlung von HIV-1-infizierten antiretroviral nicht vorbehandelten erwachsenen PatientInnen mit einer Viruslast von kleiner gleich 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml.  
 Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen

**J05AR08 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil und Rilpivirin**

RE2	<b>Eviplera 200 mg/25 mg/245 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>962,25</b>
-----	---	---------	---	---	---------------

Zur Behandlung von HIV-1-Infektionen bei antiretroviral nicht vorbehandelten erwachsenen PatientInnen mit einer Viruslast von kleiner 100.000 HIV-1-RNA-Kopien/ml.  
 Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.

**Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
----------	--	-------	---	----	-------

**L04 IMMUNSUPPRESSIVA**

**L04AA06 Mycophenolsäure**

	<b>CellCept 500 mg Filmtabl.</b> <i>vormals CellCept 500 mg Tabl.</i>	150 Stk.	-	(2)	<b>220,00</b>
--	--	----------	---	-----	---------------

Eine Kostenübernahme ist möglich zur Prophylaxe von akuten Transplantationsabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für Patienten nach allogener Herz-, Leber- oder Nierentransplantation.  
 Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.

**Änderung des ATC -Codes im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
----------	-------	---	----	-------

**B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL**

**B01AF02 Apixaban**

<b>Eliquis 2,5 mg Filmtabl.</b> <i>vormals ATC-Code B01AX</i>	10 Stk.	-	-	<b>25,10</b>
	20 Stk.	-	(2)	<b>47,60</b>
	60 Stk.	-	-	<b>129,30</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz.				
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AE12 Boceprevir</b>				
<b>Victrelis 200 mg Hartkaps.</b> <i>vormals ATC-Code J05AE</i>	336 Stk.	-	(2)	<b>3.251,05</b>
<p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit chronischer Hepatitis C (CHC)-Infektion vom Genotyp 1 in Kombination mit Peginterferon alfa und Ribavirin nach vierwöchiger Vortherapie mit Peginterferon alfa und Ribavirin:  bei therapienaiven PatientInnen mit nicht nachweisbaren HCV-RNA-Spiegeln in Woche 8 und 24 für 24 Wochen (Gesamttherapiedauer 28 Wochen)  bei therapienaiven PatientInnen mit nachweisbarem HCV-RNA-Spiegel in Woche 8 und nicht nachweisbarem HCV-RNA-Spiegel in Woche 24 und bei allen vortherapierten PatientInnen für 32 Wochen, daran anzuschließen ist eine 12 wöchige Therapie mit Peginterferon alfa und Ribavirin (Gesamttherapiedauer 48 Wochen)  kein Einsatz bei Null-Respondern  Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.  Die Therapie ist sofort abzusetzen:  wenn in Woche 12 der HCV-RNA-Spiegel größer gleich 100 IU/ml oder  wenn in Woche 24 der HCV-RNA-Spiegel nachweisbar ist.</p>				

Rückblickend:

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2012

Informationsstand Dezember 2012

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>					
<b>A02BC05 Esomeprazol</b>					
<b>Esomeprazol „Ranbaxy“</b> <b>20 mg magensaftresistente Tabl.</b>	7 Stk.	-	-	2,30	<b>0,80</b>
	14 Stk.	-	-	4,60	<b>1,05</b>
	28 Stk.	-	-	8,50	<b>14,90</b>
					<b>(Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO)</b>
<b>40 mg magensaftresistente Tabl.</b>	14 Stk.	-	-	6,05	<b>0,90</b>
	28 Stk.	-	-	10,50	<b>17,55</b>
					<b>(Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO)</b>
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>					
<b>M05BA06 Ibandronsäure</b>					
<b>Ibandronsäure „Genericon“ 3 mg Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	42,75	<b>29,20</b>
<b>IND:</b> Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma					
Pro Monat erhalten ca. 11.000 Patientinnen eine Bonviva-Injektion. Daraus errechnet sich ein monatliches Einsparpotenzial von über € 300.000. Da bei einer parenteralen Intervalltherapie weder mit einem Umstellungseffekt noch mit der Therapietreue gegen die Generikaverwendung argumentiert werden kann, sollte dieser Kostenvorteil konsequent realisiert werden.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2012)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>					
Levetiracetam „Accord“ 250 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,50	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
	60 Stk.	T2	-	13,70	
500 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	13,70	<b>15,85 22,50 (Erstanbieter in RE2)</b>
	60 Stk.	T2	-	25,90	
750 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	19,70	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
	60 Stk.	T2	-	36,85	
1000 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	25,90	<b>22,50 38,65 (Erstanbieter in RE2)</b>
	60 Stk.	T2	-	46,85	
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie					
In einer Stellungnahme der Zulassungsbehörde zu generischen Antiepileptika wird deren medizinische Äquivalenz bestätigt ( <a href="http://www.bgkk.at/mediaDB/919202_lm%20Blickpunkt%20November%202012.pdf">http://www.bgkk.at/mediaDB/919202_lm%20Blickpunkt%20November%202012.pdf</a> ) und der Preisvorteil ist oben angeführt.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>						
<b>A10BG03 Pioglitazon</b>						
RE1 L12	Pioglitazon „Teva“ 15 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	17,25	<b>2,65</b>
RE1 L12	30 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	21,90	<b>6,75</b>
RE1 L12	45 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	27,90	<b>10,00</b>
Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage. Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen. Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).						
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>						
RE2 L6	Nimvastid 1,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	30,05	<b>24,30</b>
		60 Stk.	-	-	58,30	<b>44,29</b>
RE2 L6	1,5 mg Schmelztabl.	28 Stk.	-	-	28,05	<b>24,30</b>
		56 Stk.	-	-	54,40	<b>44,30</b>
RE2 L6	3 mg Hartkaps.	60 Stk.	-	(2)	58,30	<b>44,29</b>
RE2 L6		3 mg Schmelztabl.	56 Stk.	-	(2)	54,40
RE2 L6	4,5 mg Hartkaps.		60 Stk.	-	(2)	58,30
RE2 L6		4,5 mg Schmelztabl.	56 Stk.	-	(2)	54,40
RE2 L6	6 mg Hartkaps.		60 Stk.	-	(2)	58,30
RE2 L6		6 mg Schmelztabl.	56 Stk.	-	(2)	54,40



Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<p>Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer-Typ) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom 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).</p>						
RE2 L6	<b>Rivastigmin „Actavis“ 1,5 mg Hartkaps.</b>	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	28,05 54,40	<b>24,30 44,30</b>
RE2 L6	<b>3 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	54,40	<b>44,30</b>
RE2 L6	<b>4,5 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	54,40	<b>44,30</b>
RE2 L6	<b>6 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	54,40	<b>44,30</b>
<p>Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer-Typ) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom 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).</p>						
RE2 L6	<b>Rivastigmin „Stada“ 1,5 mg Hartkaps.</b>	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	28,05 54,40	<b>24,30 44,30</b>
RE2 L6	<b>3 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	54,40	<b>44,30</b>
RE2 L6	<b>4,5 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	54,40	<b>44,30</b>
RE2 L6	<b>6 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	54,40	<b>44,30</b>
<p>Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer-Typ) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom 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).</p>						
<p>Nunmehr wurden die ersten Nachfolger zu Exelon in den EKO aufgenommen. Da pro Jahr über 30.000 Packungen von den angeführten Darreichungsformen von Exelon mit den SV-Trägern abgerechnet werden, könnte die generische Verordnung mit einem Kostenvorteil von ca. € 1,3 Mio verbunden sein. Mit Rivastigmin sind nach Galantamin und Donepezil alle Cholinesterasehemmer bzw. Erstlinientherapeutika bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz generisch verfügbar.</p>						

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01BC53 Tegafur, Kombinationen</b>					
RE2	<b>Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.</b>	42 Stk.	-	-	<b>162,15</b>
RE2	<b>20 mg/5,8 mg/15,8 mg Hartkaps.</b>	42 Stk. 84 Stk.	- -	- -	<b>208,60 387,85</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.					
Das orale Zytostatikum Teysuno führt in Kombination mit Cisplatin zu einer durchschnittlichen Lebensverlängerung von 7,9 auf 8,6 Monate ( <a href="http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/001242/human_med_001422.jsp&amp;mid=WC0b01ac058001d125&amp;murl=menus/medicines/medicines.jsp">http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/001242/human_med_001422.jsp&amp;mid=WC0b01ac058001d125&amp;murl=menus/medicines/medicines.jsp</a> ).					
<b>L01XE15 Vemurafenib</b>					
RE1	<b>Zelboraf 240 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>2.259,55</b>
Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit BRAF V600 Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Nachweis einer positiven BRAF V600 Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose, Therapieentscheidung und -einleitung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren; sowie regelmäßige EKG-Kontrollen.					
Vemurafenib ist ein Beispiel für personalisierte Medizin bei Melanom. Im Vergleich zu Dacarbazin erhöhte sich die durchschnittliche Gesamtüberlebenszeit von 9,9 auf 13,2 Monate unter Zelboraf ( <a href="http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002409/human_med_001544.jsp&amp;mid=WC0b01ac058001d124">http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002409/human_med_001544.jsp&amp;mid=WC0b01ac058001d124</a> ).					

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Anastrozol „Amomed“ 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BG03	01.12.2012
Bactrim forte „Roche“ Tabl.	10 Stk.	J01EE01	01.12.2012
Bezafibrat „Genericon“ 200 mg Drag.	30 Stk.	C10AB02	01.12.2012
Calcitonin „Novartis“ 100 IE Nasal-Spray	16 Hb. 48 Hb.	H05BA01	01.12.2012
Citalopram „Actavis“ 30 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB04	01.12.2012
Citalopram „Interpharm“ 40 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	N06AB04	01.12.2012
Clotrimazol „Genericon“ 1 % Creme	30 g	D01AC01	01.12.2012
Ergomed retard Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C04AE01	01.12.2012
Gabapentin „Ranbaxy“ 800 mg Filmtabl.	100 Stk.	N03AX12	01.12.2012
Glucose 5 % „Meditrade“ Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	B05BA03	01.12.2012
L-Thyroxin „Henning“ 50 mcg Tabl.	28 Stk. 100 Stk.	H03AA01	01.12.2012
NeoRecormon 20.000 IE Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.12.2012
Neutromed 400 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BA01	01.12.2012
Padutin 100 KE Filmtabl.	100 Stk.	C04AF01	01.12.2012
Ringer-Lactat nach Hartmann „Meditrade“ Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	B05BB01	01.12.2012
Ringer-Lösung „Meditrade“ Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	B05BB01	01.12.2012
Roferon-A „Roche“ 9 Mio IE/0,5 ml Fertigspr.	12 Stk.	L03AB04	01.12.2012
Solu-Dacortin 25 mg Trockenamp. m. Lsgm.	1 Stk. 3 Stk.	H02AB06	01.12.2012
Solu-Dacortin 50 mg Trockenamp. m. Lsgm.	1 Stk.	H02AB06	01.12.2012
Topiramate „easypharm“ 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	N03AX11	01.12.2012
Veracapt Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C08DA51	01.12.2012
Vivaglobin 160 mg/ml Inj.lsg. 5 ml	10 Stk.	J06BA01	01.12.2012
Vivaglobin 160 mg/ml Inj.lsg. 10 ml	10 Stk. 20 Stk.	J06BA01	01.12.2012
Vivaglobin 160 mg/ml Inj.lsg. 20 ml	10 Stk.	J06BA01	01.12.2012
Zerit 20 mg Hartkaps.	56 Stk.	J05AF04	01.12.2012

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>				
<b>C08CA13 Lercanidipin</b>				
Lercanidipin „Actavis“ 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	6,70
Streichung der 14 Stk.-Packung				
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09CA01 Losartan</b>				
Losartan-Kalium „Actavis“ 12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	3,85
50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
100 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
Streichung der 10 Stk.-Packung				
<b>C09DA01 Losartan und Diuretika</b>				
Losartan/HCT „Actavis“ 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
100 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
Streichung der 10 Stk.-Packung				
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01FA09 Clarithromycin</b>				
Clarithromycin Uno „Stada“ 500 mg retard Filmtabl.	7 Stk. 14 Stk.	- -	- -	7,95 8,70
Aufnahme einer Packungsgröße zu 14 Stk.				
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02AA05 Oxycodon</b>				
Oxycodon-HCl „ratiopharm“ 20 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	T2 T2 T2	(2) - -	6,20 15,35 24,75
40 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	T2 T2 T2	(2) - -	10,00 24,85 40,10
80 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	T2 T2 T2	(2) - -	15,60 40,10 64,55
SG				
Aufnahme jeweils einer Packungsgröße zu 60 Stk. mit dem Hinweis „nicht zur Initialtherapie“				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BH02 Vildagliptin</b>				
RE1 L6 Galvus 50 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk. 56 Stk.	- - -	- - -	13,45 26,00 49,25

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. Die Behandlung mit Galvus hat nur als Second-line-Therapie: als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC Code A10B) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder als Kombinationstherapie mit Metformin oder als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation) oder als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation zu erfolgen. Galvus darf nicht mit Insulin kombiniert werden. Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. Galvus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>				
<p>Neu aufgenommen wurde die Möglichkeit der Monotherapie. Die Vorgabe des Body Mass Index entfällt.</p>				

### Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>				
<b>N03AB02 Phenytoin</b>				
<b>Epilan-D 100 mg Tabl.</b> <i>vormals Epilan-D „Gerot“ Tabl.</i>	100 Stk.	-	(2)	4,50

### Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

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

### Änderung des ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D01 ANTIMYKOTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>D01AC20 Kombinationen</b>				
<b>Pevisone Creme</b> <i>vormals ATC-Code D01AC</i>	15 g	-	(2)	2,95
<b>Travocort Creme</b> <i>vormals ATC-Code D01AC</i>	15 g	-	(2)	3,05
<b>Vobaderm Creme</b> <i>vormals ATC-Code D01AC</i>	15 g	-	(2)	2,90

Rückblickend:

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2012

Informationsstand November 2012

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>					
<b>C01DX16 Nicorandil</b>					
Nicorandil „ratiopharm“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	3,65	2,10
	60 Stk.	T2	-	6,40	3,45
20 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	6,05	3,55
	60 Stk.	T2	-	10,40	7,05
Während die Substanz in anderen Gesundheitssystemen (USA, D) gar nicht verfügbar ist, wurden in Österreich rund 500.000 Packungen Nicorandil im Jahr 2011 verordnet. Der Einsatz soll besonders kritisch und auf jeden Fall generisch erfolgen. .					
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09DA06 Candesartan und Diuretika</b>					
Candesartan/HCT „ratiopharm“ 32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,20	18,88
	30 Stk.	T2	(2)	10,20	18,88
Nach der breiten Verfügbarkeit von Candesartan-Generika seit Oktober 2012 ergänzen die angeführten Kombinationspräparate deren Palette.					
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AA05 Atorvastatin</b>					
Atorvalan 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,55	3,00
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,55	3,00
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	11,45	3,35
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	11,45	3,35
Atorvastatin „1A Pharma“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	10,65	1,90
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	10,65	1,90
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	12,80	2,00
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	12,80	2,00
Atorvastatin „Bluefish“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,55	3,00
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,55	3,00
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	11,45	3,35
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	11,45	3,35
Atorvastatin „G.L.“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,55	3,00
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,55	3,00
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	11,45	3,35
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	11,45	3,35

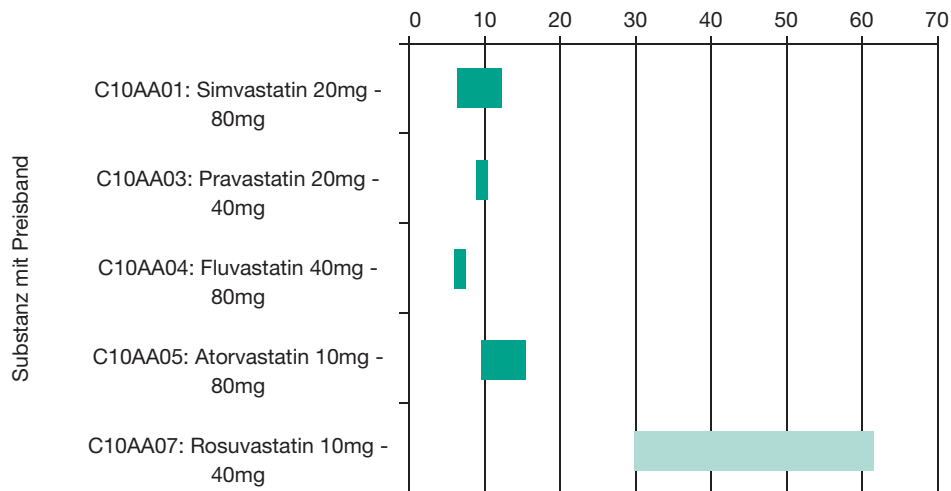
\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2012)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>Atorvastatin „Sandoz“ 10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	10,65	<b>1,90</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	10,65	<b>1,90</b>
30 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	10,65	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	12,80	<b>2,00</b>
60 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	12,80	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	12,80	<b>2,00</b>
<b>Atorvastatin „+pharma“ 10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,60	<b>2,95</b>
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	11,50	<b>3,30</b>
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	11,50	<b>3,30</b>
<b>Atorvastatin „Actavis“ 10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	11,50	<b>3,30</b>
<b>Atorvastatin „easypharm“ 10 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) (2)	3,25 9,60	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,95</b>
20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) (2)	3,25 9,60	<b>Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,95</b>
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	11,50	<b>3,30</b>
<b>Atorvastatin „Genericon“ 10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	11,50	<b>3,30</b>
<b>Atorvastatin „Krka“ 10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
30 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	11,50	<b>3,30</b>
60 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	11,50	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	11,50	<b>3,30</b>
<b>Atorvastatin „Stada“ 10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	<b>2,95</b>
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	11,50	<b>3,30</b>
80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	11,50	<b>3,30</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung
----------	-------	---	----	-------	------------------------------------

Durch die Verfügbarkeit der Nachfolgepräparate von Atorvastatin und der Preissenkung von Sortis hat sich eine völlig neue Situation in der wirtschaftlichen Bewertung der Statine ergeben. Folgend das aktuelle Preisband bei den Statinen, die größtenteils zu flat price-Bedingungen - ohne bzw. mit geringem Preisaufschlag für höhere Dosierungen - angeboten werden:

**Monatstherapiekosten der Statine KVP €**



**N02 ANALGETIKA**

**N02AA03 Hydromorphon**

Hydromorphon „Hexal“ 4 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	3,75	2,65
	30 Stk.	T2	(2)	9,20	6,50
<b>8 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	T2	(2)	5,90	4,25
	30 Stk.	T2	(2)	14,40	11,15
<b>16 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	T2	(2)	9,50	6,20
	30 Stk.	T2	(2)	23,30	16,40
<b>24 mg Retardtabl.</b>	10 Stk.	T2	(2)	11,85	8,00
	30 Stk.	T2	(2)	27,90	19,35

SG

Hydromorphon Hexal ist das dritte Nachfolgepräparat zu Hydral. Da dieses noch über 100.000 mal pro Quartal rezeptiert wird, sind die Generika mit einem relevanten Einsparpotenzial verbunden.

**N06 PSYCHOANALEPTIKA**

**N06AX16 Venlafaxin**

Venlafaxin „Genericon“ 225 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,75	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	16,50	

Die Wirkstärke zu 225 mg entspricht einer hohen Tagesdosis, ist aber noch weit von der in der Fachinformation angeführten Tagesmaximaldosis von 375 mg entfernt.

**R06 ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG**

**R06AX27 Desloratadin**

Desloratadin „Stada“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	1,80	1,65
	30 Stk.	-	-	4,55	3,70

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>						
<b>A10BG03 Pioglitazon</b>						
RE1 L12	<b>Diabetalan 15 mg Tabl.</b> <i>vormals Pioglitazon „G.L.“ 15 mg Tabl.</i>	30 Stk.	-	-	21,30	<b>0,02</b>
RE1 L12	<b>Diabetalan 30 mg Tabl.</b> <i>vormals Pioglitazon „G.L.“ 30 mg Tabl.</i>	30 Stk.	-	-	27,00	<b>3,45</b>
RE1 L12	<b>Diabetalan 45 mg Tabl.</b> <i>vormals Pioglitazon „G.L.“ 45 mg Tabl.</i>	30 Stk.	-	-	35,20	<b>5,05</b>
<p>Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.            Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.            Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen.            Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen.            Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.            Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>						
RE1 L12	<b>Pioglitazon „Stada“ 15 mg Tabl.</b>	30 Stk.	-	-	21,30	<b>0,02</b>
RE1 L12	<b>30 mg Tabl.</b>	30 Stk.	-	-	27,00	<b>3,45</b>
RE1 L12	<b>45 mg Tabl.</b>	30 Stk.	-	-	35,20	<b>5,05</b>
<p>Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.            Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.            Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen.            Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen.            Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.            Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>						
RE1 L12	<b>Pioglitazone „Actavis“ 15 mg Tabl.</b>	30 Stk.	-	-	21,30	<b>0,02</b>
RE1 L12	<b>30 mg Tabl.</b>	30 Stk.	-	-	27,00	<b>3,45</b>
RE1 L12	<b>45 mg Tabl.</b>	30 Stk.	-	-	35,20	<b>5,05</b>
<p>Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.            Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.            Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen.            Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen.            Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.            Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>						
<p>Mit 66.880 Packungen und einem Aufwand von € 3.702.982 im ersten Halbjahr 2012 ist Actos das nächste „große“ Präparat, das im EKO generisch verfügbar ist.</p>						
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>						
<b>N06DA02 Donepezil</b>						
RE2 L6	<b>Demelan 5 mg Schmelztabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	9,50 26,85	<b>0,60</b> <b>1,94</b>
RE2 L6	<b>10 mg Schmelztabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	43,15	<b>3,08</b>



Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung
<p>Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.            Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.            Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.            Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.            Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.            Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.            Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.            Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.            Donepezil eignet sich für eine (kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>					
<b>C02KX Andere Antihypertonika</b>					
RE1	<b>Adcirca 20 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>585,75</b>
<p>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.            In der Standarddosierung laut Fachinformation von 40 mg täglich ist Tadalafil in etwa preisgleich wie die tägliche Gabe von 60 mg Sildenafil (Revatio).</p>					
<b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>					
<b>J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung</b>					
RE1	<b>Octagam 100 mg/ml Inf.lsg.</b>	1 Stk. (2 g/20 ml)	-	-	<b>127,75</b>
		1 Stk. (5 g/50 ml)	-	-	<b>282,90</b>
		1 Stk. (10 g/100 ml)	-	-	<b>543,00</b>
		1 Stk. (20 g/200 ml)	-	-	<b>1.061,40</b>
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.					

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
ben-u-ron 125 mg Zäpf. f. Säugl.	5 Stk.	N02BE01	01.11.2012
ben-u-ron 250 mg Zäpf. f. Kleink.	5 Stk.	N02BE01	01.11.2012
ben-u-ron Saft	100 ml	N02BE01	01.11.2012
Carvedilol „Pfizer“ 12,5 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.11.2012
Carvedilol „Pfizer“ 25 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.11.2012
Citalopram „Interpharm“ 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	N06AB04	21.09.2012
Effortil comp. Tropf.	20 ml 50 ml	C01CA51	01.11.2012
Finasterid „Pfizer“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	G04CB01	01.11.2012
Gabapentin „Ranbaxy“ 600 mg Filmtabl.	100 Stk.	N03AX12	01.11.2012
Granisetron „Stada“ 2 mg Filmtabl.	5 Stk.	A04AA02	01.11.2012
Harzol Kaps.	90 Stk. 180 Stk.	G04AX	01.11.2012
Hydergin-Fas 4,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C04AE01	01.11.2012
L-Thyroxin „Henning“ 25 mcg Tabl.	28 Stk. 100 Stk.	H03AA01	01.11.2012
L-Thyroxin „Henning“ 150 mcg Tabl.	28 Stk.	H03AA01	01.11.2012

Lactulose „Hexal“ Konz. orale Lsg.	200 ml	A06AD11	01.11.2012
Miltex Lsg. zur Anwendung auf der Haut	1 Stk. 5 Stk.	L01XX09	01.11.2012
Mirtazapin „Stada“ 45 mg Filmtabl.	30 Stk.	N06AX11	01.11.2012
Ondansetron „Stada“ 4 mg Filmtabl.	10 Stk.	A04AA01	01.11.2012
Ondansetron „Stada“ 8 mg Filmtabl.	10 Stk.	A04AA01	01.11.2012
Ospexin 375 mg/5 ml Gran. f. orale Susp.	60 ml	J01DB01	01.11.2012
Pamidronat „Stada“ 3 mg/ml Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk. (10 ml) 1 Stk. (30 ml)	M05BA03	01.11.2012
Paroxetin „Interpharm“ 20 mg Filmtabl.	14 Stk. 28 Stk.	N06AB05	01.11.2012
Quetialan 4-Tage Startpackung Filmtabl.	11 Stk.	N05AH04	01.11.2012
Quetiapin „easypharm“ 150 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N05AH04	01.11.2012
Taloxa 400 mg Tabl.	100 Stk.	N03AX10	31.10.2012
Temozolomid „Stada“ 5 mg Hartkaps.	5 Stk. 20 Stk.	L01AX03	01.11.2012
Temozolomid „Stada“ 20 mg Hartkaps.	5 Stk. 20 Stk.	L01AX03	01.11.2012
Temozolomid „Stada“ 100 mg Hartkaps.	5 Stk. 20 Stk.	L01AX03	01.11.2012
Temozolomid „Stada“ 140 mg Hartkaps.	5 Stk. 20 Stk.	L01AX03	01.11.2012
Temozolomid „Stada“ 180 mg Hartkaps.	5 Stk. 20 Stk.	L01AX03	01.11.2012
Temozolomid „Stada“ 250 mg Hartkaps.	5 Stk.	L01AX03	01.11.2012
Topiramat „Actavis“ 25 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N03AX11	01.11.2012
Topiramat „Actavis“ 50 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N03AX11	01.11.2012
Topiramat „Actavis“ 100 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N03AX11	01.11.2012
Topiramat „Actavis“ 200 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	N03AX11	01.11.2012

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>				
<b>B01AX06 Rivaroxaban</b>				
Xarelto 10 mg Filmtabl.	5 Stk. 10 Stk.	- -	- (2)	<b>16,40</b> <b>31,50</b>
IND: Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz				

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>				
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>				
Levetiracetam „Stada“ 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	<b>26,05</b>
1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	<b>47,00</b>
frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Streichung der 30 Stk.-Packungen				

## Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B03 ANTIANÄMIKA</b>				
<b>B03AA07 Eisen(II)sulfat</b>				
<b>Tardyferon 80 mg Retardtabl.</b> <i>vormals Tardyferon Depotdrag.</i>	30 Stk.	-	(2)	3,60
<b>B03AD03 Eisen(II)sulfat</b>				
<b>Tardyferon-Fol Retardtabl.</b> <i>vormals Tardyferon-Fol Depot-Drag.</i>	30 Stk.	-	(2)	3,65

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>					
<b>C01EB17 Ivabadrin</b>					
RE1	<b>Procoralan 5 mg Filmtabl.</b>	28 Stk. 56 Stk.	T2 T2	- -	34,20 59,40
RE1	<b>7,5 mg Filmtabl.</b>	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	34,20 59,40
Symptomatische Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit normalem Sinusrhythmus und einer Herzfrequenz größer gleich 70 Schlägen pro Minute, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) in maximal verträglicher Dosierung 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, kontraindiziert oder unverträglich sind. Bei PatientInnen mit chronischer Herzinsuffizienz der NYHA Klasse II bis IV mit systolischer Dysfunktion und normalem Sinusrhythmus mit einer Herzfrequenz größer gleich 75 Schläge pro Minute in Kombination mit Standardtherapie einschließlich Betablocker in maximal verträglicher Dosierung oder wenn Betablocker kontraindiziert oder unverträglich sind.					
Die angeführte Regel entspricht der aktuellen Zulassung und den aktuellen Therapierichtlinien. Das Präparat sollte jedenfalls nicht außerhalb dieser Regelvorgaben beantragt oder eingesetzt werden, und die prognoseverbessernden Therapieoptionen (Betablocker, ACE-I,...) den PatientInnen nicht vorenthalten werden.					

## Änderung des ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD09 Nonacog alfa</b>					
RE1	<b>BeneFIX 250 I.E. Plv.u.Lsgm.zur.Herst.einer Inj.lsg.</b> <i>vormals ATC-Code B02BD04</i>	1 Stk.	-	-	235,90
RE1	<b>BeneFIX 500 I.E. Plv.u.Lsgm.zur.Herst.einer Inj.lsg.</b> <i>vormals ATC-Code B02BD04</i>	1 Stk.	-	-	445,60
RE1	<b>BeneFIX 1000 I.E. Plv.u.Lsgm.zur.Herst.einer Inj.lsg.</b> <i>vormals ATC-Code B02BD04</i>	1 Stk.	-	-	855,25
RE1	<b>BeneFIX 2000 I.E. Plv.u.Lsgm.zur.Herst.einer Inj.lsg.</b> <i>vormals ATC-Code B02BD04</i>	1 Stk.	-	-	1.685,80
Bei angeborenem Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					

**Berichtigung der Amtlichen Verlautbarung Nr. 81/2012 per 01.07.2012: Aufnahmen von  
Arzneispezialitäten in den Grünen Bereich des Erstattungskodex:**

	Arzneispezialität	Menge	OP	ATC-Code	mit Wirkung vom
IND	<b>Ibandronsäure „Sandoz“ 3 mg/3 ml Inj.lsg.</b> PatientInnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma	1 St.	-	M05BA06	01.07.2012