

SAMMELBAND Nr. 4/2007  
(November, Dezember, Jänner)

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2008

Informationsstand Jänner 2008

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AX08 Risperidon</b>					
Risperidon „Interpharm“ 1 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	–	9,50	2,45 17,50
	60 Stk.		–	24,45	
2 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	–	15,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 38,65
	60 Stk.		–	40,35	
3 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	–	20,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 61,15
	60 Stk.		–	54,45	
4 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	–	25,05	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 74,25
	60 Stk.		–	67,35	
Als die SV-Träger im 2. Quartal 2007 auf Basis einer Publikation im NEJM (1) einen Preisvergleich der atypischen Neuroleptika mit Preisstand Feber 2007 machten (2), kostete Risperidon vom Erstanbieter doppelt so viel, Quetiapin das zweieinhalbfache und Olanzapin das fünffache von generischem Risperidon. Mit der Verfügbarkeit von Risperidon Interpharm haben sich die Preise für die Substanz um weitere 22% reduziert. 1 Schneider et al :Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease, NEJM 2006; 355: 1525-38 2 zB Im Blickpunkt 2/2007 <a href="http://www.bgkk.at/mediaDB/119254.PDF">http://www.bgkk.at/mediaDB/119254.PDF</a>					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AB05 Paroxetin</b>					
Paroxetin „Alternova“ 20 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	–	8,60	2,00 3,50
	28 Stk.		–	14,85	

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AX08 Risperidon</b>					
RE1 Risperidon „Interpharm“ 6 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	–	57,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 115,55
	60 Stk.		–	151,30	
Wenn Therapiealternativen (Packungsgrößen) des Grünen Bereiches zur Abdeckung des individuellen Monatsbedarfes nicht ausreichen. Mit Jänner 2008 ist nun erstmalig auch die 6 mg-Stärke von Risperidon generisch verfügbar.					

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

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AA17 Adalimumab</b>				
RE1 <b>Humira 40 mg Inj.lsg. im vorgefüllten Pen</b>	2 Stk.	-	-	<b>1161,85</b>
<p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener Patienten 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 Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Gegenanzeigen der Fachinformation beachten!</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDS (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>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 Facharzt mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Schweregradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen Arzt mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>Humira ist nun zusätzlich zur Fertigspritze als Injektionslösung im vorgefüllten Pen verfügbar. Für Humira 40 mg Inj.lsg. in Fertigspritzen gilt dieselbe bestimmte Verwendung wie für Humira 40 mg Inj.lsg. im vorgefüllten Pen. Die Kosten für Humira können somit auch bei schwergradigem aktivem Morbus Crohn bei Therapieversagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten nach Bewilligung durch den kontrollärztlichen Dienst übernommen werden.</p>				

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Actrapid 100 IE/ml Dstfl.*)</b>	1 Stk.	A10AB01	01.01.2008
<b>Actrapid NovoLet 100 IE/ml Injektor*)</b>	5 Stk.	A10AB01	01.01.2008
<b>Alendronat „Nycomed“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calichew-D3-Kautabl. 60 Stk.</b>	4 Stk.	M05BA04	01.01.2008
<b>Alupent 0,5 mg Amp.</b>	5 Stk.	R03CB03	01.01.2008
<b>Alupent Tabl.</b>	100 Stk.	R03CB03	01.01.2008
<b>Defluina forte Filmtabl.</b>	50 Stk.	C04AE54	31.12.2007
<b>Dilzem retard 180 mg Kaps.</b>	30 Stk.	C08DB01	01.01.2008
<b>Dilzem retard 240 mg Kaps.</b>	30 Stk.	C08DB01	01.01.2008
<b>Estalis sequens Depot-Pflaster</b>	8 Stk.	G03FB05	01.01.2008
<b>Floccin 20 mg/5 ml Lsg. z. Einnehmen</b>	70 ml	N06AB03	01.01.2008
<b>Insulatard 100 IE/ml Dstfl.*)</b>	1 Stk.	A10AC01	01.01.2008
<b>Insulatard InnoLet 100 IE/ml Injektor*)</b>	5 Stk.	A10AC01	01.01.2008
<b>Lamisil Dermgel</b>	15 g	D01AE15	01.01.2008
<b>Liderman Creme</b>	30 g	D01AC11	01.01.2008
<b>Lipo Merz 500 mg Kaps.</b>	30 Stk.	C10AB09	06.12.2007
<b>Minirin 0,1 mg Tabl.</b>	90 Stk.	H01BA02	01.01.2008
<b>Minirin 0,2 mg Tabl.</b>	15 Stk. 90 Stk.	H01BA02	01.01.2008
<b>Mixtard 10 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)</b>	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Mixtard 10 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.*)</b>	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Mixtard 20 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)</b>	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Mixtard 20 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.*)</b>	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Mixtard 30 100 IE/ml Dstfl.*)</b>	1 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Mixtard 30 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)</b>	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Mixtard 40 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)</b>	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Mixtard 40 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.*)</b>	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Mixtard 50 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)</b>	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
<b>Nehydrin 1 mg/ml Tropf.</b>	15 ml 50 ml	C04AE04	31.12.2007
<b>Pankreoflat Drag.</b>	25 Stk. 50 Stk.	A09AA02	01.01.2008
<b>Solcoseryl Salbe 5 %</b>	20 g 50 g	D03AX	01.01.2008
<b>Spirbon Hustentropf.</b>	30 ml	R05CA10	31.12.2007
<b>Tacholiquin 1% Inhalationslsg.</b>	1 Stk. 20 ml	R05CA01	31.12.2007

\*) Die Insulinpräparate wurden auf Antrag der Firma aus dem Erstattungskodex gestrichen. Es steht eine Reihe weiterer Humaninsuline (ATC-Codes: A10AB, A10AC und A10AD) als Therapiealternativen im Grünen Bereich zur Verfügung.

## Änderung der Bezeichnung von im Grünen Bereich des Erstattungskodex angeführten Arzneyspezialitäten:

Präparat	Menge	ATC-Code	Änderung mit
<b>Thyrex 50 mcg Tabl.</b> (vormals Thyrex 0,05 mg Tabl.)	30 Stk. 100 Stk.	H03AA01	01.01.2008
<b>Thyrex 100 mcg Tabl.</b> (vormals Thyrex 0,1 mg Tabl.)	30 Stk. 100 Stk.	H03AA01	01.01.2008
<b>Veroptin stada retard 240 mg Filmtabl.</b> (vormals Verastad retard 240 mg Filmtabl.)	30 Stk.	C08DA01	01.01.2008

## Folgende Präparate wurden unter Änderung der Verwendung von RE1 in RE2 übergeführt und unterliegen nunmehr der Dokumentationspflicht:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AA05 Atorvastatin</b>					
RE2 L6	<b>Sortis 20 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	–	–	<b>46,70</b>
RE2 L6	<b>40 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	–	–	<b>46,70</b>
RE2 L6	<b>80 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	–	–	<b>46,70</b>
Bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code C10AA) und/oder wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code C10AA) kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100mg/dl) erzielt werden kann.					
<b>G04 UROLOGIKA</b>					
<b>G04BD04 Oxybutynin</b>					
RE2	<b>Kentera 3,9 mg/24 Stunden transdermales Pflaster</b>	2 Stk. 8 Stk.	– –	– –	<b>12,10 44,35</b>
Bei Dranginkontinenz, die aufgrund von therapiebegrenzender Sicca-Symptomatik durch mind. zwei orale Anticholinergika mit unterschiedlichen Wirkstoffen (ATC-Code G04BD) aus dem Grünen Bereich nach Titration auf die maximal verträgliche Dosis nachweislich (Miktionsprotokoll) nicht ausreichend behandelt werden konnte. Therapiefortsetzung nur bei anhaltender Symptomkontrolle bei gleichzeitig reduzierter Sicca-Symptomatik.					
<b>G04BD08 Solifenacin</b>					
RE2	<b>Vesicare 5 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	– –	– –	<b>20,05 45,40</b>
RE2	<b>10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	–	–	<b>56,15</b>
Bei Dranginkontinenz, die aufgrund von therapiebegrenzender Sicca-Symptomatik durch mind. zwei orale Anticholinergika mit unterschiedlichen Wirkstoffen (ATC-Code G04BD) aus dem Grünen Bereich nach Titration auf die maximal verträgliche Dosis nachweislich (Miktionsprotokoll) nicht ausreichend behandelt werden konnte. Therapiefortsetzung nur bei anhaltender Symptomkontrolle bei gleichzeitig reduzierter Sicca-Symptomatik.					
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>					
<b>M01AH01 Celecoxib</b>					
RE2	<b>Celebrex 100 mg Hartkaps.</b>	10 Stk. 30 Stk.	– –	(2) –	<b>5,45 15,70</b>
RE2	<b>200 mg Hartkaps.</b>	10 Stk. 30 Stk.	– –	(2) –	<b>10,65 30,20</b>
Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthritis bei Patienten über dem 65. Lebensjahr – mit Ulcus in der Anamnese – oder mit Antikoagulation; zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthrit bei Patienten – mit Ulcus in der Anamnese – oder mit Antikoagulation; bei beiden Diagnosen: Nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie und nicht bei koronarer Herzkrankheit und/oder cerebrovaskulären Erkrankungen. Celebrex sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).					

**Rückblickend:**

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2007

**Informationsstand Dezember 2007**
**ROT → GRÜN Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BB03 Bicalutamid</b>					
Bicalutamid „Actavis“ 50 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	–	(2) –	39,60 83,10	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 87,90
150 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	–	(2) –	83,10 171,00	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 235,50
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02CC01 Sumatriptan</b>					
Sumatriptan „ratiopharm“ 100 mg Tabl.	2 Stk. 6 Stk.	–	(2) –	3,50 10,25	24,55 (Erstanbieter nicht im EKO) 66,55 (Erstanbieter nicht im EKO)
<b>IND: Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen</b>					
Die durchschnittlichen Kosten pro Verordnung für ein Triptan lagen im 1. Halbjahr 2007 über € 30. Bei einem 50%igen Generikaanteil könnten mit dem gleichen Kostenaufwand um etwa 50% mehr Migränepatienten versorgt werden. Ist das nicht ein gesundheitsökonomisches Ziel, das von den Fachärzten für Neurologie als erstrebenswert angesehen wird?					

**Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS</b>				
<b>G03FB05 Norethisteron und Estrogen</b>				
Sequidot 2-Phasen transdermale Matrixpflaster	8 Stk.	–	(2)	11,55
<b>IND: Bei schwerem klimakterischen Syndrom</b>				
Estalis sequens Depot-Pflaster wird durch Sequidot 2-Phasen transdermale Matrixpflaster ersetzt.				
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>				
<b>L02AE04 Triptorelin</b>				
Pamorelin LA 3,75 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.susp.	1 Stk.	–	(2)	138,90
<b>IND: Fortgeschrittenes Prostatakarzinom</b>				
Analog der 11,25 mg – Stärke wurde nun auch Pamorelin 3,75 mg Plv. z. Herst. einer Inj.susp. durch ein Präparat mit inkludiertem Lösungsmittel ausgetauscht.				
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>				
<b>S01AX11 Ofloxacin</b>				
Floxal Augentropf.	5 ml	–	–	3,55
Durch die Wiederaufnahme in den Erstattungskodex sind nun wieder Ofloxacin-Augentropfen im Grünen Bereich verfügbar. Im Jänner 2007 wurde dieses Präparat auf Antrag des damaligen vertriebsberechtigten Unternehmens aus dem Erstattungskodex gestrichen.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02AB02 Alfa1-Antitrypsin</b>					
RE1	<b>Prolastin 1000 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inf. lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>273,55</b>
Bei progredientem Lungenemphysem mit homozygotem Alpha-1-Proteinaseninhibitormangel (kleiner 35 % des Normwertes) und einer FEV1 im Bereich von 35 bis 60 % und Tabakrauchabstinenz. Erstverordnung nur durch ein Zentrum für Pulmologie und regelmäßige Kontrolle (mindestens einmal jährlich) durch einen Facharzt/durch ein Zentrum für Pulmologie und Meldung an das nationale Register für Alpha-1 Antitrypsinmangel an der Ambulanz der II. Med. Abt. des Wilhelminenspitals (Lungenabteilung).					
Beim Präparat Prolastin wurde die Zulassung geändert und die Regel entsprechend angepasst. Die FEV1 muss für die Kostenübernahme aufgrund der Zulassung im Bereich von 35-60 % liegen. In der bisherigen Regel lag dieser Bereich zwischen 30 und 60 %.					
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AH01 Zanamivir</b>					
RE1	<b>Relenza Rotadisks Plv. z. Inhalation</b>	20 Stk.	-	-	<b>19,40</b>
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 verlaubar worden ist. Die diesbezügliche Information über Beginn und Ende der Grippewelle erfolgt durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger.					

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Cetiderm 10 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	R06AE07	15.11.2007
<b>Glutril Tabl.</b>	100 Stk.	A10BB04	05.11.2007
<b>Pamorelin 3,75 mg Plv. z. Herst. einer Inj.susp.</b>	1 Stk.	L02AE04	01.12.2007
<b>Pirorheum 20 mg Tabl.</b>	30 Stk. 50 Stk.	M01AC01	15.11.2007
<b>Prolastin 1000 mg Dstfl.</b>	1 Stk.	B02AB02	01.12.2007
<b>Sultanol Rotadisks 0,4 mg Plv. z. Trockeninhal.</b>	40 Stk. 120 Stk.	R03AC02	09.11.2007

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN</b>				
<b>D07AC13 Mometason</b>				
Elocon dermatol. Lsg.	20 ml	-	(2)	<b>6,10</b>
Die Packungsgröße ist von 15 ml auf 20 ml geändert worden. Diese größere Packung ist weiterhin mit OP II frei verschreibbar.				
<b>H03 SCHILDDRÜSENTHERAPIE</b>				
<b>H03BC Perchlorate</b>				
Irenat Tropf.	20 ml	-	-	<b>3,65</b>
Anstelle der 25 ml ist nun eine 20 ml-Packung frei verschreibbar.				

**Überführung vom Grünen in den Gelben Bereich des EKO:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07BC Mittel zur Behandlung der Opiatabhängigkeit</b>					
RE1	<b>Kapanol CSR 50 mg Kaps.</b>	10 Stk.	-	-	<b>8,70</b>
SG		30 Stk.	-	-	<b>21,40</b>
RE1	<b>100 mg Kaps.</b>	10 Stk.	-	-	<b>13,85</b>
SG		30 Stk.	-	-	<b>34,60</b>
Zur Substitutionsbehandlung, wenn Mittel der 1. Wahl gemäß § 23c der Suchtgiftverordnung bei nachvollziehbarer und objektivierbarer Unverträglichkeit oder bei Auftreten von nicht tolerierbaren Nebenwirkungen nicht zum gewünschten Erfolg geführt haben, wobei gemäß den Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen Methadon der Vorzug zu geben ist.					
Kapanol war bisher im Grünen Bereich des EKO angeführt. Das Präparat hat eine eingeschränkte Zulassung für die Substitutionstherapie. Zur Schmerzbehandlung hat Kapanol keine Zulassung mehr.					

## Mitteilung der AGES

(Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH):

### Änderung von Fach- und Gebrauchsinformationen:

#### Nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) – Kardiovaskuläre Risiken

Europaweite Neubewertung im Vergleich zu den „Coxiben“ führt zu Änderungen in den Abschnitten „Dosierung, Art und Dauer der Anwendung“, „Gegenanzeigen“, „besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Nebenwirkungen“ hinsichtlich kardiovaskulärer Risiken. Die Änderung betraf rezeptpflichtige und rezeptfreie Präparate von systemisch nicht-selektiven NSAR.

#### Salbutamol – Myokardischämie

Ergänzung in den Abschnitten „besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“, „Nebenwirkungen“. Grund war eine Revision der verfügbaren Daten aus publizierter Literatur, klinischen Studien und Spontanmeldungen.

#### Echinacea – Anwendung während der Schwangerschaft und Stillzeit

Basierend auf jüngst publizierten präklinischen Daten wurde der Abschnitt „Schwangerschaft und Stillzeit“ überarbeitet. Da Wirksamkeit und Sicherheit der Anwendung während Schwangerschaft und Stillzeit nicht ausreichend belegt sind, wird eine Einnahme während dieser Zeit nicht empfohlen.

#### Alpha-1-Adrenozeptorenblocker – IFIS (Intraoperative Floppy Iris Syndrome)

Spontanmeldungen über IFIS unter Tamsulosin führten zur Aktualisierung im Abschnitt „besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“ aller  $\alpha_1$ -Adrenozeptorenblocker, da ein Klasseneffekt nicht auszuschließen ist.

### Rückblickend:

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2007

Informationsstand November 2007

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A04 ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT</b>					
<b>A04AA02 Granisetron</b>					
Granitron 2 mg Filmtabl.	5 Stk.	–	–	40,45	45,85
<i>IND: Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie</i>					
<b>J01 ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01DC02 Cefuroxim</b>					
Cefuroxim „1A Pharma“ 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	–	5,60	3,90
500 mg Filmtabl.	14 Stk.	–	–	9,35	5,80
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>					
<b>M05BA03 Pamidronsäure</b>					
Dinatrium Pamidronat „Mayrhofer“ 30 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	–	(2)	57,05	21,40
Plv. z. Herst. einer Inf.lsg. 90 mg	1 Stk.	–	(2)	121,35	128,50 (Erstanbieter in dieser Wirkstärke nicht im EKO)
<i>IND: osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese</i>					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09DB01 Valsartan und Amlodipin</b>				
Exforge 5 mg/ 80 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	28,25
5 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	32,20
10 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	–	(2)	32,20
<i>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</i>				
In einer Stichprobenanalyse mit über 15.000 Patienten, die einen Angiotensin II-Antagonisten erhalten haben, hat jeder 15. Patient sowohl Valsartan als auch Amlodipin erhalten. Diese Patienten könnten nunmehr mit der Fixkombination versorgt werden. Für Patienten, die nicht diese Kombination brauchen, gibt es wirtschaftlichere Alternativen.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>G04 UROLOGIKA</b>					
<b>G04CB01 Finasterid</b>					
RE2   <b>Finasterid „G.L.“ 5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	14,65	<b>1,73</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Erstverordnung durch den Urologen.</li> <li>- Patienten mit mittelgradigen bis schweren Symptomen von benigner Prostata-Hyperplasie.</li> <li>- Bei ausbleibendem Erfolg nach 6 bis 12 Monaten sollte die Therapie abgesetzt werden.</li> <li>- Bei Behandlungserfolg Langzeitbewilligung maximal 12 Monate (L12).</li> </ul>					
<b>H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA</b>					
<b>H01BA02 Desmopressin</b>					
RE1   <b>Nocutil 0,2 mg Tabl.</b>	15 Stk. 60 Stk.	- -	- -	23,60 84,05	<b>19,40</b> <b>76,18</b>
<p>Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend.</p> <p>In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen – wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund).</p> <p>Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.</p>					

**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10AE04 Insulin glargin</b>				
RE1   <b>Lantus 100 E/ml Inj.lsg. in einer Patrone für OptiClik</b>	5 Stk.	-	-	<b>67,90</b>
<p>Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem grünen Bereich (A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist.</p> <p>Lantus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).</p> <p>Lantus OptiClik ist eine weitere Darreichungsform zu den bereits im Gelben Bereich angeführten Formen Lantus Patrone und Lantus Fertigpen.</p>				
<b>A10BH01 Sitagliptin</b>				
RE1   <b>Januvia 100 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>56,65</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Patienten mit Diabetes Typ II.</li> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Januvia hat nur als Second-line-Therapie und als Kombinationstherapie mit Metformin oder als Kombinationstherapie mit Glitazonen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) zu erfolgen.</li> <li>- Die Behandlung mit Januvia darf nur bei Patienten mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden.</li> <li>- Januvia darf nicht mit Insulin kombiniert werden.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Hb1Ac-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Januvia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitverschreibung für 6 Monate (L6).</li> </ul> <p>Sitagliptin ist Vertreter einer neuen Gruppe von oralen Antidiabetika, die die Blutzuckerkontrolle bei Typ II-Diabetikern dadurch verbessern, dass sie in das Inkretinhormonsyst. eingreifen (Hemmung des Inkretinabbaus) und dabei ein erhöhtes Insulinangebot (durch vermehrte Insulinsynthese und -freisetzung) und ein vermindertes Angebot an Glucagon (durch Hemmung der Freisetzung) bewirken. Es ist als Zusatz zu Metformin für die Behandlung von Typ II Diabetikern, bei denen trotz Diät und Bewegung sowie Metformin alleine keine ausreichende Blutzucker-Kontrolle erreicht wurde, zugelassen.</p> <p>Zulassungskonform ist auch die Kombination von Sitagliptin mit einem Glitazon. Wird ein Glitazon im Einzelfall als Monotherapie (außerhalb der bestimmten Verwendung) chefärztlich bewilligt, kann entsprechend der bestimmten Verwendung (bei Metforminunverträglichkeit oder -kontraindikation) die Kombination mit Sitagliptin erfolgen.</p>				

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Chinidin Duriles Retard 200 mg Filmtabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C01BA01	05.10.2007
<b>Triloc Filmtabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C07BB02	05.10.2007
<b>Buflohexal 300 mg Filmtabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C04AX20	15.10.2007
<b>Buflohexal retard 600 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C04AX20	15.10.2007
<b>Lamisil 1 % Creme</b>	15 g	D01AE15	01.11.2007
<b>Pe-Ce Salbe</b>	30 g	R05X	01.11.2007

## Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01MA01 Ofloxacin</b>				
Ofloxacin „Stada“ 400 mg Filmtabl. (vormals Oflox 400 mg Filmtabl.)	10 Stk.	-	-	12,95

## Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10AB05 Insulin aspart</b>				
NovoRapid Penfill 100 E/ml in einer Patrone (vormals NovoRapid Penfill 100 E/ml Zylinderamp.)	5 Stk. (3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln)	-	(2)	41,75
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10AD05 Insulin aspart</b>				
NovoMix 30 Penfill 100 E/ml in einer Patrone (vormals NovoMix 30 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.)	5 Stk. (3 ml)	-	(2)	41,75
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01MA01 Ofloxacin</b>				
Ofloxacin „Stada“ 200 mg Filmtabl. (vormals Oflox 200 mg Filmtabl.)	10 Stk.	-	-	9,15
	20 Stk.	-	-	15,45
Ofloxacin „Stada“ 400 mg Filmtabl. (vormals Oflox 400 mg Filmtabl.)	10 Stk.	-	-	12,95
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03AK06 Salmeterol und andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen</b>				
Seretide Diskus junior 50/100 mcg Plv. z. Inh. (vormals Seretide Diskus junior 0,05 mg/0,1 mg Plv. z. Inh.)	60 Stk. (60 Hübe)	-	(2)	39,05
<i>IND: Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>				
Seretide Diskus standard 50/250 mcg Plv. z. Inh. (vormals Seretide Diskus standard 0,05 mg/0,25 mg Plv. z. Inh.)	60 Stk. (60 Hübe)	-	(2)	53,55
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>				
Seretide Diskus forte 50/500 mcg Plv. z. Inh. (vormals Seretide Diskus forte 0,05 mg/0,5 mg Plv. z. Inh.)	60 Stk. (60 Hübe)	-	(2)	67,65
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; Patienten mit COPD Stadium III und IV und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch Pulmologen</i>				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>D06BB10 Imiquimod</b>				
RE1 Aldara 5 % Creme	12 Stk.	-	(2)	80,00
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen.</li> <li>- Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.</li> <li>- Bei nicht hyperkeratotischen, nicht hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht- oder Kopfbereich, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind.</li> </ul>				
<p>Es erfolgte eine Indikationserweiterung (Behandlung aktinischer Keratosen).  Zwar ist die Wirksamkeit im Hinblick auf die Reduktion der Läsionen gegeben, jedoch die Überlegenheit gegenüber Vergleichsprodukten und der Langzeiterfolg nicht nachgewiesen, und daher die Anwendung auf second-line beschränkt.</p>				

## Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>				
<b>J06BB02 Tetanus-Immunglobulin</b>				
RE2 Tetagam P-Fertigspr. (vormals Tetagam P-Amp.)	1 ml	-	-	9,40
Tetanusprophylaxe bei akuten Verletzungen und fehlender, unbekannter oder unvollständiger Grundimmunisierung.				