

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*
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX08 Risperidon					
Risperidon „Interpharm“ 1 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	-	9,50	2,45
	60 Stk.		-	25,45	
2 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	-	15,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.		-	40,35	
3 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	-	20,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.		-	54,45	
4 mg Filmtabl.	20 Stk.	T2	-	25,05	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.		-	67,35	
<p>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.</p> <p>1 Schneider et al :Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease, NEJM 2006; 355: 1525-38</p> <p>2 zB Im Blickpunkt 2/2007 http://www.bgkk.at/mediaDB/119254.PDF</p>					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AB05 Paroxetin					
Paroxetin „Alternova“ 20 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	-	8,60	2,00
	28 Stk.		-	14,85	

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

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

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N05 PSYCHOLEPTIKA						
N05AX08 Risperidon						
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.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA17 Adalimumab					
RE1	Humira 40 mg Inj.lsg. im vorgefüllten Pen	2 Stk.	-	-	1.161,85
<ol style="list-style-type: none"> 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! 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. 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. Schwergradiger aktiver Morbus Crohn bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen Arzt mit Additivfach für Gastroenterologie. 					
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.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Actrapid 100 IE/ml Dstfl.*)	1 Stk.	A10AB01	01.01.2008
Actrapid NovoLet 100 IE/ml Injektor*)	5 Stk.	A10AB01	01.01.2008
Alendronat „Nycomed“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calichew-D3-	4 Stk.	M05BA04	01.01.2008

Kautabl. 60 Stk.			
Alupent 0,5 mg Amp.	5 Stk.	R03CB03	01.01.2008
Alupent Tabl.	100 Stk.	R03CB03	01.01.2008
Defluina forte Filmtabl.	50 Stk.	C04AE54	31.12.2007
Dilzem retard 180 mg Kaps.	30 Stk.	C08DB01	01.01.2008
Dilzem retard 240 mg Kaps.	30 Stk.	C08DB01	01.01.2008
Estalis sequens Depot-Pflaster	8 Stk.	G03FB05	01.01.2008
Floccin 20 mg/5 ml Lsg. z. Einnehmen	70 ml	N06AB03	01.01.2008
Insulatard 100 IE/ml Dstfl.*)	1 Stk.	A10AC01	01.01.2008
Insulatard InnoLet 100 IE/ml Injektor*)	5 Stk.	A10AC01	01.01.2008
Lamisil Dermgel	15 g	D01AE15	01.01.2008
Liderman Creme	30 g	D01AC11	01.01.2008
Lipo Merz 500 mg Kaps.	30 Stk.	C10AB09	06.12.2007
Minirin 0,1 mg Tabl.	90 Stk.	H01BA02	01.01.2008
Minirin 0,2 mg Tabl.	15 Stk. 90 Stk.	H01BA02	01.01.2008
Mixtard 10 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Mixtard 10 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.*)	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Mixtard 20 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Mixtard 20 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.*)	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Mixtard 30 100 IE/ml Dstfl.*)	1 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Mixtard 30 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Mixtard 40 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Mixtard 40 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.*)	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Mixtard 50 NovoLet 100 IE/ml Injektor*)	5 Stk.	A10AD01	01.01.2008
Nehydrin 1 mg/ml Tropf.	15 ml 50 ml	C04AE04	31.12.2007
Pankreoflat Drag.	25 Stk. 50 Stk.	A09AA02	01.01.2008
Solcoseryl Salbe 5 %	20 g 50 g	D03AX	01.01.2008
Spirbon Hustentropf.	30 ml	R05CA10	31.12.2007
Tacholiquin 1% Inhalationslg.	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 Arzneispezialitäten:

Präparat	Menge	ATC-Code	Änderung mit
Thyrex 50 mcg Tabl. (vormals Thyrex 0,05 mg Tabl.)	30 Stk. 100 Stk.	H03AA01	01.01.2008
Thyrex 100 mcg Tabl. (vormals Thyrex 0,1 mg Tabl.)	30 Stk. 100 Stk.	H03AA01	01.01.2008
Veroptin stada retard 240 mg Filmtabl. (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 €	
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA05 Atorvastatin					
RE2 L6	Sortis 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	46,70
RE2 L6	40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	46,70
RE2 L6	80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	46,70
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.					
G04 UROLOGIKA					
G04BD04 Oxybutynin					
RE2	Kentera 3,9 mg/24 Stunden transdermales Pflaster	2 Stk.	-	-	12,10
		8 Stk.	-	-	44,35
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.					
G04BD08 Solifenacin					
RE2	Vesicare 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	20,05
		30 Stk.	-	-	45,40
RE2	10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	56,15
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.					
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA					
M01AH01 Celecoxib					
RE2	Celebrex 100 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	5,45
		30 Stk.	-	-	15,70

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE2	200 mg Hartkaps.	10 Stk.	-	(2)	10,65
		30 Stk.	-	-	30,20
<p>Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei Patienten über dem 65. Lebensjahr – mit Ulcus in der Anamnese – oder mit Antikoagulation; zur Behandlung der schmerzhaften Polyarthritits 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).</p>					