

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2009

Informationsstand Juni 2009

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C02 ANTIHYPERTONIKA					
C02CA04 Doxazosin					
Doxazosin „Genericon“ 8 mg Tabl.	30 Stk.		(2)	12,15	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09BA05 Ramipril und Diuretika					
Ramipril/HCT „Actavis“ 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.		(2)	6,35	2,87
mg Tabl. 5 mg/25	30 Stk.		(2)	8,00	3,43
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA04 Fluvastatin					
Fluvastatin „Actavis“ 80 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,85	8,69
Nun ist erstmalig die Schlüsselstärke 80 mg des Wirkstoffs Fluvastatin generisch verfügbar. Jährlich werden österreichweit rund 400.000 Packungen des entsprechenden Originärs rezeptiert – dies ergibt ein Einsparpotential von über 3 Mio € jährlich.					
N02 ANALGETIKA					
N02AB03 Fentanyl					
Fentanyl „Actavis“ 25 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	(2)	18,30	13,20
50 mcg/h	5 Stk.	-	(2)	29,10	27,85
75 mcg/h	5 Stk.	-	(2)	39,05	37,50
100 mcg/h	5 Stk.	-	(2)	46,75	44,20
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i> SG					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX11 Mirtazapin					
Mirtazapin „Actavis“ 15 mg Schmelztabl.	30 Stk.		-	8,55	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2009)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09XA02 Aliskiren				
Rasilez 150 mg Filmtabl.	14 Stk.		-	12,70
	28 Stk.		(2)	24,55
300 mg Filmtabl.	28 Stk.		(2)	28,40
<i>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</i>				
Aliskiren ist der erste Renin-Antagonist, der für die Behandlung der Hypertonie von der EMEA zugelassen wurde. Demgemäß fehlen Langzeiterfahrung und Studien, die anhand klinischer Endpunkte den Patienten-/Patientinnennutzen mit den bereits vorhandenen Therapieoptionen vergleichen. Preislich ist Rasilez im oberen Bereich der Antihypertensiva angesiedelt. Es gibt damit viele Gründe, mit dem Einsatz zurückhaltend zu sein.				
N06 PSYCHOANAL EPTIKA				
N06AB05 Paroxetin				
Ennos 20 mg/20 Tropf. Lsg. zum Einnehmen	18,5 ml	-	-	12,35
Mit Ennos 20 mg/20 Tropf. Lösung gibt es nun eine kostengünstige Therapiealternative zu Seroxat 2mg/ml Suspension in abweichender Konzentration. Die Einnahme der Lösung erfolgt einmal täglich morgens (20 - max. 50 Tropfen) in einem Glas Wasser.				

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10AC04 Colesevelam				
RE1 Cholestagel 625 mg Filmtabl.	180 Stk.		-	141,75
Bei diagnostisch gesicherter KHK mit Hypercholesterinämie, wenn Statine (C10AA), Colestyramin (C10AC01) und Ezetimib (C10AX09) alleine und in Kombination (C10BA02) nicht ausreichend wirksam (LDL-Werte über 113 mg/dl) oder kontraindiziert sind.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AE03 Sertindol				
RE1 Serdolect 4 mg Filmtabl.	30 Stk.		-	42,60
RE1 12 mg Filmtabl.	28 Stk.		-	114,30
RE1 16 mg Filmtabl.	14 Stk.		-	63,35
	28 Stk.		-	114,30
Wenn mit anderen Antipsychotika aus dem Grünen Bereich (ATC-Code N05A) nicht das Auslangen gefunden werden kann. Es ist sicherzustellen, dass die in der Fachinformation angeführten EKG-Kontrollen durchgeführt werden.				
Sertindol wurde 1998 wegen kardialer Nebenwirkungen vom Markt genommen, aber 2003 als Reserve-Antipsychotikum erneut zugelassen. Die Substanz ist daher eine Option zur Schizophreniebehandlung bei Therapieversagen der alternativen Antipsychotika.				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Indobene 50 mg Manteltabl.	30 Stk. 50 Stk.	M01AB01	30.03.2009

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
G04 UROLOGIKA					
G04CB02 Dutasterid					
RE2 L12	Avodart 0,5 mg Weichkaps.	30 Stk.	-	(2)	35,80
<ul style="list-style-type: none"> - Bei Erstverordnung durch den Urologen/die Urologin - Bei Patienten mit benigner Prostata-Hyperplasie mit mittelgradiger bis schwerer Symptomatik - Wenn mit alpha-Reduktasehemmern aus dem Grünen Bereich allein oder in Kombination mit Alphablockern (ATC-Code G04CB, G04CA, C02CA) über einen Zeitraum von 6 bis 12 Monaten nachweislich nicht der gewünschte Behandlungserfolg erzielt werden konnte. - Für Patienten, die bereits auf Avodart eingestellt sind. - Bei ausbleibendem Erfolg nach 6 – 12 Monaten sollte die Therapie abgesetzt werden. - Avodart eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L 12). 					
Dem Regeltext entsprechend können Neueinstellungen auf Avodart nur noch nach einer zumindest halbjährigen erfolglosen Therapie mit Finasterid allein oder in Kombination mit einem Alphablocker durchgeführt werden.					

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C04 PERIPHERE VASODILATATOREN				
C04AX20 Buflomedil				
Buflomed „S.Med“ 300 mg Filmtabl. (vorher Buflomed „Genericon“ 300 mg Filmtabl.)	20 Stk. 50 Stk.	-	(2) -	4,00 8,25
Buflomed „S.Med“ retard 600 mg Filmtabl. (vorher Buflomed „Genericon“ retard 600 mg Filmtabl.)	28 Stk.	-	2	8,60
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AL01 Sulpirid				
Meresasul 50 mg Kaps. vormals Meresa 50 mg Kaps.	50 Stk. 100 Stk.	-	-	10,10 16,65
Meresasul 200 mg Tabl. vormals Meresa 200 mg Tabl	50 Stk.	-	(2)	23,95

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
B02 BLUTGERINNUNGSFAKTOREN					
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII					
RE1	ReFacto AF 250 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. vormals ReFacto 250 I.E. Plv. u.	1 Stk.	-	-	216,85

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
	<i>Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i>				
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
RE1	ReFacto AF 500 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. <i>vormals ReFacto 500 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i>	1 Stk.	-	-	403,90
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
RE1	ReFacto AF 1000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. <i>vormals ReFacto 1000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i>	1 Stk.	-	-	777,65
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					