

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2009

## Informationsstand Jänner 2009

**ROT** → **GRÜN**

**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>					
<b>C07AB12 Nebivolol</b>					
Nebivolol „Actavis“ 5 mg Tabl.	20 Stk.	T4	-	4,90	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>7,54</b>
	30 Stk.	T4	(2)	6,60	
Mit österreichweit jährlich über einer halben Million Verordnungen (Zeitraum September 2007- August 2008, Datenquelle: Pegasus) birgt die generische Verordnung von Nebivolol ein theoretisches Einsparpotenzial von vier Millionen Euro im Vergleich zum Originärpräparat in diesem Zeitraum.					
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>					
<b>C08CA01 Amlodipin</b>					
Amlodipin „Arcana“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,95	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Amlodipin „Hexal“ 7,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,95	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09AA02 Enalapril</b>					
Enalaprilmaleat „Alternova“ 5 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,20	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>1,28</b>
	30 Stk.	T2	(2)	2,75	
10 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>1,87</b>
	30 Stk.	T2	(2)	5,50	
20 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	3,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden <b>2,37</b>
	30 Stk.	T2	(2)	7,75	
<b>C09BA03 Lisinopril und Diuretika</b>					
Lisinopril/HCT „Actavis“ 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,55	<b>3,60</b>
20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	10,20	<b>7,38</b>

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosier äquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2009)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Lisinopril/HCT „Alternova“ 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,55	3,60
20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,20	7,38
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AA01 Simvastatin</b>					
Simvarcana 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,65	12,35
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	10,65	57,80 Erstanbieter nicht im EKO
Simvastatin „Genericon“ 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,65	57,80 Erstanbieter nicht im EKO
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07BB04 Naltrexon</b>					
Dependex 50 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	62,05	14,75
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie</i>					
<i>zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken</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>C09DA07 Telmisartan und Diuretika</b>				
MicardisPlus 80/25 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	27,05
<i>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</i>				
MicardisPlus 80/25 mg Tabletten stellen für jene Patienten eine neue Therapieoption dar, deren Blutdruck mit dem bisher verfügbaren Kombinationspräparat MicardisPlus 80/12,5 mg Tabletten nicht ausreichend kontrolliert werden konnte. Weiters ist es für jene Patienten gedacht, bei denen eine Therapie mit Telmisartan 80 mg und Hydrochlorothiazid 25 mg in Monopräparaten erfolgreich gewesen ist.				

**ROT** → **GELB**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BD07 Metformin und Sitagliptin</b>				
RE1 L6 Janumet 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	54,65
RE1 L6 50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	54,65

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II.</li> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Janumet hat nur als Second-line-Therapie:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer 26 oder</li> <li>- als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylhamstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination mit der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylhamstoffes nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Janumet darf nicht mit Insulin kombiniert werden.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Janumet eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
RE1 L6	<b>Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabl.</b>	56 Stk	-	-	<b>54,65</b>
RE1 L6	<b>50 mg/1000 mg Filmtabl.</b>	56 Stk	-	-	<b>54,65</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II.</li> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Velmetia hat nur als Second-line-Therapie:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer 26 oder</li> <li>- als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylhamstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination mit der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylhamstoffes nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Velmetia darf nicht mit Insulin kombiniert werden.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Velmetia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII</b>					
RE1	<b>Advate 2000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk	-	-	<b>1.603,95</b>
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
RE1	<b>Advate 3000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk	-	-	<b>2.393,60</b>
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
RE1	<b>Helixate NexGen 2000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk	-	-	<b>1.514,60</b>
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
RE1	<b>Kogenate Bayer 2000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk	-	-	<b>1.514,60</b>
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>APA Tabl.</b>	10 Stk	N02AC54	31.12.2008
<b>Atrovent 0,04 mg Kaps. z. Trockeninh.</b>	30 Stk 100 Stk	R03BB01	01.01.2009

Aulin 100 mg Tabl.	6 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	M01AX17	01.01.2009
Buventol Easyhaler 100 mcg/Dosis Inhalationspulver	1 Stk.	R03AC02	26.11.2008
Buventol Easyhaler 200 mcg/Dosis Inhalationspulver	1 Stk.	R03AC02	26.11.2008
Doxybene 100 mg Kaps.	5 Stk.	J01AA02	03.12.2008
Exhirud Gel	40 g	C05BA01	09.12.2008
Exhirud Salbe	40 g	C05BA01	09.12.2008
Gastroloc „Hexal“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Gastroloc „Hexal“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Gurfix Lsg.	60 ml 150 ml	A01AB12	31.12.2008
INH „Waldheim“ 200 mg-Tabl.	100 Stk.	J04AC01	31.12.2008
L-Adrenalin „Fresenius“ spritzfertig 0,01 % (1:10.000) Amp.	5 Stk.	C01CA24	31.12.2008
Meloxicam „Ranbaxy“ 7,5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC06	01.01.2009
Meloxicam „Ranbaxy“ 15 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC06	01.01.2009
Nehydrin 1 mg Drag.	50 Stk.	C04AE04	31.12.2008
Nehydrin 3 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C04AE04	31.12.2008
Nifedipin „Stada“ 5 mg Kaps.	50 Stk.	C08CA05	01.01.2009
Nifedipin „Stada“ 10 mg Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C08CA05	01.01.2009
Pantoprazol „1A Pharma“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Pantoprazol „1A Pharma“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Pantoprazol „Sandoz“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Pantoprazol „Sandoz“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Rheumex Salbe	40 g	M02AC	01.01.2009
Sumatriptan „Stada“ 50 mg Tabl.	2 Stk. 6 Stk.	N02CC01	01.01.2009
Terbinac 125 mg Tabl.	14 Stk.	D01BA02	26.11.2008
Terbinac 250 mg Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	D01BA02	26.11.2008
Uropurat Tee	70 g	G04BX	31.12.2008

**Änderung der Verwendung (Übernahme vom Gelben in den Grünen Bereich):**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>G04 UROLOGIKA</b>				
<b>G04CB01 Finasterid</b>				
Finasterid "Actavis" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,80
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie</i>				
Finasterid "G.L." 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,80
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie</i>				
Finasterid "Hexal" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,80
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie</i>				
Finasterid "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,80
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie</i>				

**Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10AA02 Lovastatin</b>				
Lovastatin "Stada" 20 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	10,65
<b>C10AA03 Pravastatin</b>				
Pravastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,15
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,15
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>				
<b>M05BA07 Risedronsäure</b>				
Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcimagon Vit.D3 Kautabl. 60 Stk.	4 Stk.	-	(2)	37,90
<i>IND: Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur. Die Kostenübernahme erfolgt nur zur Fortsetzung einer bereits bestehenden Therapie oder nach Therapieunterbrechung mit Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Keine Kostenübernahme bei Neueinstellungen.</i>				
<i>Aufgrund der Änderung der IND-Regel ist Actonel ausschließlich bereits bestehenden Therapien vorenthalten. Bitte beachten Sie, dass nun Ersteinstellungen mit Actonel nicht mehr auf Kosten der Sozialversicherung durchgeführt werden können.</i>				

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09BA03 Lisinopril und Diuretika</b>				
Lisinopril/HCT "Sandoz" 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,55
20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	10,20

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Tabl. 20 mg/25 mg	30 Stk	-	(2)	10,20

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>				
<b>C01CA01 Etilefrin</b>				
Effortil Depot 25 mg Kaps.	20 Stk	-	(2)	2,35
(vormals Effortil Depot Kaps.)	50 Stk	-	-	4,65

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BH01 Sitagliptin</b>				
RE1 L6 Januvia 100 mg Filmtabl.	28 Stk	-	-	54,65
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei PatientInnen 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:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• als Kombinationstherapie mit Metformin und Body Mass Index größer 26 oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation und Body Mass Index größer 26 oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff bei Metformin- Unverträglichkeit oder - Kontraindikation und Body Mass Index kleiner 26 oder</li> <li>• als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen.</li> </ul> </li> <li>- Januvia darf nicht mit Insulin kombiniert werden.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Januvia eignet sich für eine chef(kontroll) ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>				

**Änderung RE1 - RE2**

Präparat	Menge	bisher	ab 01.01.2009
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>			
<b>J05AF11 Telbivudin</b>			
RE2 L6 Sebivo 600 mg Filmtabl.	28 Stk	RE1	RE2

Präparat	Menge	bisher	ab 01.01.2009	
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung gekennzeichnet durch nachgewiesene Virus-Replikation (mehr als 10 000 HBV-DNA Kopien/ml), kontinuierlich erhöhte Serum Alanin-Aminotransferase-Werte sowie histologischen Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose  Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss von einem/einer Arzt/Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B erfolgen.  Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate)  Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei HbeAg-positiven PatientInnen bei HBeAg- oder HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit.</li> <li>- bei HbeAg-negativen PatientInnen (Prä-Core-Mutante) bei HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Sebivo eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>				
<b>J06 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J06BB01 Anti-D(rh)-Immunglobulin</b>				
RE2	<b>Rhophylac 300 mcg/2 ml Inj. lsg. in Fertigspr.</b>	2 ml	RE1	RE2
<p>Zur Prophylaxe der Rh0(D)-Sensibilisierung bei Rh-negativen Schwangeren in der 28. - 30. Schwangerschaftswoche.  Keine Kostenübernahme bei Verabreichung post partum (da grundsätzlich im Krankenhaus verabreicht; Ausnahme: Hausgeburt).  Bei sicher Rh-negativem Kindesvater ist eine Anti-D-Prophylaxe nicht erforderlich.</p>				