

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2008

Informationsstand Juni 2008

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	Max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC03 Lansoprazol					
Lansoprazol "Actavis" 15 mg magensaftresistente Hartkaps.	28 Stk.	-	(2)	10,05	1,40
30 mg magensaftresistente Hartkaps.	7 Stk.	-	-	5,00	1,35
	14 Stk.	-	-	9,20	1,40
	28 Stk.	-	-	11,55	36,40
Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO					
Jeden Tag erhalten die SV-Träger ABS-Anträge zur Kostenübernahme von Agopton 30 mg 28 Stk. Diese kosten mehr als 4-mal so viel wie Lansoprazol „Actavis“ 28 Stk. und sind daher aus Wirtschaftlichkeitsgründen nicht im Erstattungskodex angeführt. Das signalisiert den Bedarf nach einer Monatspackung, die generisch von mehreren Anbietern im Grünen Bereich zur Verfügung steht.					
G04 UROLOGIKA					
G04CA01 Alfuzozin					
Alfuzosin "1A Pharma" 5 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	6,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 9,46
	60 Stk.	-	(2)	11,35	
<i>Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie</i>					
Alfuzosin "Hexal" 5 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	6,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 9,46
	60 Stk.	-	(2)	11,35	
<i>Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie</i>					
Die wirtschaftliche Therapie der benignen Prostatahyperplasie wird durch die Aufnahme von Alfuzosin „1A Pharma“ und „Hexal“ in den Grünen Bereich erweitert. Nach Erstverordnung durch den Facharzt kann die Folgeverordnung durch den Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Es sind nun Alfuzosin, Doxazosin, Tamsulosin, Terazosin und Finasterid im Grünen Bereich.					
G04CA02 Tamsulosin					
Tamsulosin "Ranbaxy" 0,4 mg Retardkaps.	10 Stk.	-	(2)	2,55	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 0,95
	30 Stk.	-	(2)	8,55	
<i>Frei verschreibbar für Fachärzte für Urologie</i>					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosier äquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2008)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	Max. Kostenersparnis € pro Packung*
L02BB03 Bicalutamid					
Bicalutamid "G.L." 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	76,75	80,10
150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	152,85	218,15
Bicalutamid "Interpharm" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	76,75	80,10
150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	152,85	218,15
N02 ANALGETIKA					
N02AB03 Fentanyl					
Fentoron 12 mcg/h – transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	10,20	12,50
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind.</i>					
SG					
Die Palette der generischen Opiatpflaster wird um die Stärke von 12 mcg/h erweitert.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX08 Risperidon					
Risperidon "1A Pharma" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml	-	(2)	17,90	15,20
	100 ml	-	-	50,55	41,20
Risperidon "Hexal" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml	-	(2)	17,90	15,20
	100 ml	-	-	50,55	41,20
Risperidon "Sandoz" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml	-	(2)	17,90	15,20
	100 ml	-	-	50,55	41,20
Risperidon "ratiopharm" 1 mg Schmelztabl.	10 Stk.	-	(2)	5,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	17,10	19,39
	60 Stk.	-	-	27,45	31,63
2 mg Schmelztabl.	10 Stk.	-	(2)	11,30	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	32,10	25,89
	60 Stk.	-	-	51,95	58,81
Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO					
Mit der oralen Lösung und der Schmelztablette sind zwei neue galenische Formen generisch verfügbar. Besonders Patienten, die Schluckbeschwerden haben, profitieren von dieser neuen kostengünstigen Alternative.					

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA23 Natalizumab					
RE1	Tysabri 300 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk	-	-	1.737,15
<p>Im begründeten Einzelfall kann eine Kostenübernahme als Monotherapie erfolgen, wenn die Verabreichung der ersten drei Infusionen im stationären Bereich erfolgte:</p> <p>Bei Patienten mit hochaktiver, schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose (MS), die auf einen vollständigen und angemessenen Zyklus einer Interferon-beta Therapie (Mindesttherapiedauer ein Jahr) nicht angesprochen haben und weiterhin eine hohe Krankheitsaktivität aufweisen. Bei diesen Patienten sollte es während der Therapie im vorangegangenen Jahr zu mindestens einem Schub gekommen sein, und sie sollten mindestens neun T2-hyperintense Läsionen in der kranialen MRT oder mindestens eine Gadolinium anreichernde Läsion aufweisen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Indikationsstellung und Überwachung der Therapie mit Natalizumab sowie eine entsprechende Anamnese und gegebenenfalls Untersuchung vor jeder Infusion (cave: Kontraindikationen) muss durch einen in der Diagnosestellung und Behandlung von neurologischen Erkrankungen erfahrenen Spezialisten (Facharzt) in von der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie (ÖGN) approbierten Zentren mit raschem Zugang zu MRT erfolgen. Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit von Natalizumab über einen Behandlungszeitraum von 2 Jahren hinaus sind nicht verfügbar (Fachinformation). Eine Kostenübernahme darüber hinaus kann nur erwogen werden, wenn zu diesem Zeitpunkt Sicherheits- und Wirksamkeitsdaten für einen entsprechend längeren Zeitraum vorliegen. Für Patienten, die nach 6-monatiger Behandlung noch keinen ausreichenden Behandlungserfolg zeigen, kann keine weitere Kostenübernahme erfolgen. Bei jeder Verschlechterung der Erkrankung oder infusionsbedingten Ereignissen sollte das Vorhandensein von Antikörpern gegen Natalizumab untersucht werden. Im Falle eines positiven Antikörpertests und eines positiven Bestätigungstests nach 6 Wochen ist die Behandlung abzubrechen. Patienten mit einer Überempfindlichkeitsreaktion müssen dauerhaft von einer Behandlung mit Tysabri ausgeschlossen werden. Vor Beginn der Behandlung ist ein immungeschwächter Status (cave wash out Phase von Immunsuppressiva) auszuschließen. Patienten, die mit Natalizumab behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Patienten, die mit Natalizumab behandelt werden, muss ein spezieller Patientenpass ausgehändigt werden. Anwendungshinweis: Nach dem Verdünnen ist die Infusion über etwa eine Stunde zu verabreichen. Die Patienten sind während der Infusion und eine Stunde über das Ende der Infusion hinaus auf Anzeichen und Symptome einer Überempfindlichkeitsreaktion hin zu beobachten. Grundsätzlich keine Kostenübernahme für Patienten mit rasch fortschreitender schubförmig remittierend verlaufender Multipler Sklerose, definiert durch zwei oder mehr Schübe mit Behinderungsprogression in einem Jahr, und mit einer oder mehreren Gadolinium anreichernden Läsionen in der MRT des Gehirns oder mit einer signifikanten Erhöhung der T2-Läsionen im Vergleich zu einer früheren in jüngerer Zeit angefertigten MRT. 					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:


Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Ambenat Salbe	40 g	M02AC	01.06.2008
Ambene-N-Zäpf.	5 Stk.	M01AA01	01.06.2008

Aqua ad injectabilia "Medipharm" Dstfl. 100 ml	10 Stk.	V07AB	01.06.2008
Bocatriol „Leo“ 0,25 mcg Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	A11CC04	01.06.2008
Bocatriol „Leo“ 0,5 mcg Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	A11CC04	01.06.2008
Carvedilol "ratiopharm" 3,125 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.06.2008
Cedocard 5 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	C01DA08	01.06.2008
Cinnabene Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	N07CA02	01.06.2008
Cisordinol 20 mg/ml Tropf.	20 ml	N05AF05	01.06.2008
Colme-Tropfen Amp.	4 Stk.	N07BB02	28.04.2008
Diamicron 80 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	A10BB09	01.06.2008
Dorehydrin retard 4,5 mg Kaps.	30 Stk.	C04AE01	01.06.2008
Doxybene 200 mg Kaps.	5 Stk. 10 Stk.	J01AA02	01.06.2008
Elantan Tabl. 20 mg	20 Stk. 60 Stk.	C01DA14	01.06.2008
Ergokapton Drag.	20 Stk.	N02CA02	13.05.2008
Gabitril 15 mg Filmtabl.	100 Stk.	N03AG06	01.06.2008
Lanitop 0,2 mg Amp.	5 Stk.	C01AA08	01.06.2008
Leukase Salbe	15 g 100 g	D06AX	01.06.2008
Lidaprim orale Susp. f. Kind.	50 ml 100 ml	J01EE03	01.06.2008
Mucobene 100 mg lösl. Pulver	20 Stk.	R05CB01	28.04.2008
Mucobene 200 mg lösl. Pulver	20 Stk.	R05CB01	01.06.2008
Na. chlorat. physiolog. "Medipharm" Inf.fl. 250 ml	1 Stk. 10 Stk.	B05BB01	01.06.2008
Na. chlorat. physiolog. "Medipharm" Inf.fl. 500 ml	10 Stk.	B05BB01	01.06.2008
Omnipaque 300 mg J/ml Stechamp.	1 Stk.	V08AB02	01.06.2008
Ovitrelle 250 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	G03GA08	01.06.2008
Suxinutin Saft	200 ml	N03AD01	01.06.2008
Tamoxifen "ratiopharm" 10 mg Tabl.	30 Stk.	L02BA01	01.06.2008
Terazosin "ratiopharm" 1 mg Tabl.	10 Stk. 28 Stk.	C02CA	01.06.2008
Terazosin "ratiopharm" 5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	C02CA	01.06.2008
Ulcometin 200 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BA01	01.06.2008
Zavedos 25 mg Kaps.	1 Stk.	L01DB06	01.06.2008

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D10 AKNEMITTEL				
D10BA01 Isotretinoin				
Isotretinoin "ratiopham" 20 mg Kaps..	30 Stk.		(2)	34,25
Die 100-Stück-Packung wird aus dem Gelben Bereich des Erstattungskodex gestrichen.				
N06 PSYCHOANALEPTIKA				
N06AB04 Citalopram				
Citalopram "1A Pharma" 20 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	8,30
	30 Stk.	T2	-	15,60

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
G03 UROGENITALSYSTEM UND SEXUALHORMONE				
G03GA07 Lutropin alfa				
RE1 Luveris 75 IE Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	76,80
 Kostenübernahme ist möglich zur Stimulation der Follikelreifung bei Frauen, die einen schwerwiegenden LH- und FSH-Mangel aufweisen. Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.				
Die 10-Stück-Packung wird vom Markt genommen.				