

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2012

Informationsstand Dezember 2012

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC05 Esomeprazol					
Esomeprazol "Ranbaxy" 20 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	2,30	0,80
	14 Stk.	-	-	4,60	1,05
	28 Stk.	-	-	8,50	14,90 (Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO)
40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	6,05	0,90
	28 Stk.	-	-	10,50	17,55 (Erstanbieter in dieser Packungsgröße nicht im EKO)
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA06 Ibandronsäure					
Ibandronsäure "Genericon" 3 mg Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	42,75	29,20
<i>IND: Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma</i>					
Pro Monat erhalten ca. 11.000 Patientinnen eine Bonviva-Injektion. Daraus errechnet sich ein monatliches Einsparpotenzial von über € 300.000. Da bei einer parenteralen Intervalltherapie weder mit einem Umstellungseffekt noch mit der Therapietreue gegen die Generikaverwendung argumentiert werden kann, sollte dieser Kostenvorteil konsequent realisiert werden.					
N03 ANTIPILEPTIKA					
N03AX14 Levetiracetam					
Levetiracetam "Accord" 250 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	7,50	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	T2	-	13,70	
500 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	13,70	15,85
	60 Stk.	T2	-	25,90	22,50 (Erstanbieter in RE2)
750 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	19,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	T2	-	36,85	

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2012)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
1000 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	25,90	22,50
	60 Stk.	T2	-	46,85	38,65 (Erstanbieter in RE2)
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie</i>					
In einer Stellungnahme der Zulassungsbehörde zu generischen Antiepileptika wird deren medizinische Äquivalenz bestätigt (http://www.bgkk.at/mediaDB/919202_1m%20Blickpunkt%20November%202012.pdf) und der Preisvorteil ist oben angeführt.					

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
A10 ANTIDIABETIKA						
A10BG03 Pioglitazon						
RE1 L12	Pioglitazon "Teva" 15 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	17,25	2,65
RE1 L12	30 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	21,90	6,75
RE1 L12	45 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	27,90	10,00
Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage. <ul style="list-style-type: none"> - Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). 						
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA03 Rivastigmin						
RE2 L6	Nimvastid 1,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	30,05	24,30
		60 Stk.	-	-	58,30	44,29
RE2 L6	1,5 mg Schmelztabl.	28 Stk.	-	-	28,05	24,30
		56 Stk.	-	-	54,40	44,30
RE2 L6	3 mg Hartkaps.	60 Stk.	-	(2)	58,30	44,29
RE2 L6	3 mg Schmelztabl.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2 L6	4,5 mg Hartkaps.	60 Stk.	-	(2)	58,30	44,29
RE2 L6	4,5 mg Schmelztabl.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30
RE2 L6	6 mg Hartkaps.	60 Stk.	-	(2)	58,30	44,29
RE2 L6	6 mg Schmelztabl.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						
RE2 L6	Rivastigmin "Actavis" 1,5 mg Hartkaps.	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	28,05 54,40	24,30 44,30
RE2 L6	3 mg Hartkaps.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30
RE2 L6	4,5 mg Hartkaps.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30
RE2 L6	6 mg Hartkaps.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						
RE2 L6	Rivastigmin "Stada" 1,5 mg Hartkaps.	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	28,05 54,40	24,30 44,30

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2 L6	3 mg Hartkaps.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30
RE2 L6	4,5 mg Hartkaps.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30
RE2 L6	6 mg Hartkaps.	56 Stk.	-	(2)	54,40	44,30
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). <p>Nunmehr wurden die ersten Nachfolger zu Exelon in den EKO aufgenommen. Da pro Jahr über 30.000 Packungen von den angeführten Darreichungsformen von Exelon mit den SV-Trägern abgerechnet werden, könnte die generische Verordnung mit einem Kostenvorteil von ca. € 1,3 Mio verbunden sein. Mit Rivastigmin sind nach Galantamin und Donepezil alle Cholinesterasehemmer bzw. Erstlinientherapeutika bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz generisch verfügbar.</p>						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01BC53 Tegafur, Kombinationen					
RE2	Teysuno 15 mg/4,35 mg/11,8 mg Hartkaps.	42 Stk.	-	-	162,15
RE2	20 mg/5,8 mg/15,8 mg Hartkaps.	42 Stk. 84 Stk.	- -	- -	208,60 387,85
<p>Zur Behandlung von erwachsenen PatientInnen mit fortgeschrittenem Magenkarzinom in Kombination mit Cisplatin.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.</p> <p>Das orale Zytostatikum Teysuno führt in Kombination mit Cisplatin zu einer durchschnittlichen Lebensverlängerung von 7,9 auf 8,6 Monate (http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/001242/human_med_001422.jsp&mid=WC0b01ac058001d125&murl=menus/medicines/medicines.jsp).</p>					
L01XE15 Vemurafenib					
RE1	Zelboraf 240 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	2.259,55

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit BRAF V600 Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Nachweis einer positiven BRAF V600 Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose, Therapieentscheidung und -einleitung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren; sowie regelmäßige EKG-Kontrollen.				
Vemurafenib ist ein Beispiel für personalisierte Medizin bei Melanom. Im Vergleich zu Dacarbazin erhöhte sich die durchschnittliche Gesamtüberlebenszeit von 9,9 auf 13,2 Monate unter Zelboraf (http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/medicines/human/medicines/002409/human_med_001544.jsp&mid=WC0b01ac058001d124).				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Anastrozol "Amomed" 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BG03	01.12.2012
Bactrim forte "Roche" Tabl.	10 Stk.	J01EE01	01.12.2012
Bezafibrat "Genericon" 200 mg Drag.	30 Stk.	C10AB02	01.12.2012
Calcitonin "Novartis" 100 IE Nasal-Spray	16 Hb. 48 Hb.	H05BA01	01.12.2012
Citalopram "Actavis" 30 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N06AB04	01.12.2012
Citalopram "Interpharm" 40 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	N06AB04	01.12.2012
Clotrimazol "Genericon" 1 % Creme	30 g	D01AC01	01.12.2012
Ergomed retard Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C04AE01	01.12.2012
Gabapentin "Ranbaxy" 800 mg Filmtabl.	100 Stk.	N03AX12	01.12.2012
Glucose 5 % "Meditrade" Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	B05BA03	01.12.2012
L-Thyroxin "Henning" 50 mcg Tabl.	28 Stk. 100 Stk.	H03AA01	01.12.2012
NeoRecormon 20.000 IE Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.12.2012
Neutromed 400 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BA01	01.12.2012
Padutin 100 KE Filmtabl.	100 Stk.	C04AF01	01.12.2012
Ringer-Lactat nach Hartmann "Meditrade" Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	B05BB01	01.12.2012
Ringer-Lösung "Meditrade" Inf.lsg. 500 ml	1 Stk.	B05BB01	01.12.2012
Roferon-A "Roche" 9 Mio IE/0,5 ml Fertigspr.	12 Stk.	L03AB04	01.12.2012
Solu-Dacortin 25 mg Trockenamp. m. Lsgm.	1 Stk. 3 Stk.	H02AB06	01.12.2012
Solu-Dacortin 50 mg Trockenamp. m. Lsgm.	1 Stk.	H02AB06	01.12.2012
Topiramal "easypharm" 100 mg Filmtabl.	60 Stk.	N03AX11	01.12.2012
Veracapt Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C08DA51	01.12.2012
Vivaglobin 160 mg/ml Inj.lsg. 5 ml	10 Stk.	J06BA01	01.12.2012
Vivaglobin 160 mg/ml Inj.lsg. 10 ml	10 Stk. 20 Stk.	J06BA01	01.12.2012
Vivaglobin 160 mg/ml Inj.lsg. 20 ml	10 Stk.	J06BA01	01.12.2012

Zerit 20 mg Hartkaps.	56 Stk.	J05AF04	01.12.2012
-----------------------	---------	---------	------------

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C08 CALCIUMKANALBLOCKER				
C08CA13 Lercanidipin				
Lercanidipin "Actavis" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	6,70
Streichung der 14 Stk.-Packung				
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09CA01 Losartan				
Losartan-Kalium "Actavis" 12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	3,85
50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
100 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
Streichung der 10 Stk.-Packung				
C09DA01 Losartan und Diuretika				
Losartan/HCT "Actavis" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
100 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
Streichung der 10 Stk.-Packung				
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01FA09 Clarithromycin				
Clarithromycin Uno "Stada" 500 mg retard Filmtabl.	7 Stk.	-	-	7,95
	14 Stk.	-	-	8,70
Aufnahme einer Packungsgröße zu 14 Stk.				
N02 ANALGETIKA				
N02AA05 Oxycodon				
Oxycodon-HCl "ratiopharm" 20 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	6,20
	30 Stk.	T2	-	15,35
	60 Stk.	T2	-	24,75
40 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	10,00
	30 Stk.	T2	-	24,85
	60 Stk.	T2	-	40,10
80 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	15,60
	30 Stk.	T2	-	40,10
	60 Stk.	T2	-	64,55
SG				
Aufnahme jeweils einer Packungsgröße zu 60 Stk. mit dem Hinweis „nicht zur Initialtherapie“				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BH02 Vildagliptin					
RE1 L6	Galvus 50 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	13,45
		28 Stk.	-	-	26,00
		56 Stk.	-	-	49,25
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II					
<ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Galvus hat nur als Second-line-Therapie: <ul style="list-style-type: none"> - als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC Code A10B) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder - als Kombinationstherapie mit Metformin oder - als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder – Kontraindikation) oder - als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin-Unverträglichkeit oder – Kontraindikation zu erfolgen. - Galvus darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Galvus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
Neu aufgenommen wurde die Möglichkeit der Monotherapie. Die Vorgabe des Body Mass Index entfällt.					

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N03 ANTIPILEPTIKA					
N03AB02 Phenytoin					
Epilan-D 100 mg Tabl. <i>vormals Epilan-D "Gerot" Tabl.</i>		100 Stk.	-	(2)	4,50

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE05 Tafluprost					
RE2	Saflutan 15 mcg/ml Augentropf.im Einzeldosisbehältnis <i>vormals Saflutan sine 15 mcg/ml Augentropf. im Einzeldosisbehältnis</i>	30 Stk.	-	(2)	26,45
In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel					

Änderung des ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D01 ANTIMYKOTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG				
D01AC20 Kombinationen				
Pevisone Creme <i>vormals ATC-Code D01AC</i>	15 g	-	(2)	2,95
Travocort Creme <i>vormals ATC-Code D01AC</i>	15 g	-	(2)	3,05
Vobaderm Creme <i>vormals ATC-Code D01AC</i>	15 g	-	(2)	2,90