

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab April 2014

Informationsstand April 2014

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*																																													
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANMELDUNG																																																		
J01FA09 Clarithromycin																																																		
Clarithromycin „ratiopharm GmbH“ 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	5,85	1,85																																													
500 mg Filmtabl.	7 Stk.	-	-	5,85	0,25 16,00 Packungsgröße beim Erstanbieter nicht im EKO																																													
	14 Stk.	-	-	6,40																																														
<p>Beim angeführten Präparat handelt es sich um eine Umstellung von Clarithromycin "ratiopharm" Filmtabl. auf Clarithromycin „ratiopharm GmbH“ Filmtabl.</p> <p>Die generische Verfügbarkeit eines Antibiotikums wird oft kritisch bewertet: Die Verordnungszahlen steigen und die Resistenzlage verschlechtert sich dadurch für die betroffene Substanz. Bei Clarithromycin nehmen die Verordnungen nicht zu. Bei steigender Wirtschaftlichkeit ist der Verbrauch, auch unter Berücksichtigung eines Shifts von der 7-Stück-Packung auf die 14-Stück-Packung, seit einigen Jahren sogar rückläufig.</p>																																																		
<p style="text-align: center;">Zeitreihe Clarithromycin</p> <table border="1"> <caption>Daten für die Zeitreihe Clarithromycin</caption> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Kosten (€)</th> <th>Verordnungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2000</td><td>16.500.000</td><td>800.000</td></tr> <tr><td>2001</td><td>15.000.000</td><td>750.000</td></tr> <tr><td>2002</td><td>14.000.000</td><td>700.000</td></tr> <tr><td>2003</td><td>15.000.000</td><td>700.000</td></tr> <tr><td>2004</td><td>13.500.000</td><td>700.000</td></tr> <tr><td>2005</td><td>15.000.000</td><td>800.000</td></tr> <tr><td>2006</td><td>11.000.000</td><td>750.000</td></tr> <tr><td>2007</td><td>10.500.000</td><td>750.000</td></tr> <tr><td>2008</td><td>9.500.000</td><td>700.000</td></tr> <tr><td>2009</td><td>9.500.000</td><td>750.000</td></tr> <tr><td>2010</td><td>8.500.000</td><td>650.000</td></tr> <tr><td>2011</td><td>7.500.000</td><td>550.000</td></tr> <tr><td>2012</td><td>6.000.000</td><td>500.000</td></tr> <tr><td>2013</td><td>4.500.000</td><td>500.000</td></tr> </tbody> </table>						Jahr	Kosten (€)	Verordnungen	2000	16.500.000	800.000	2001	15.000.000	750.000	2002	14.000.000	700.000	2003	15.000.000	700.000	2004	13.500.000	700.000	2005	15.000.000	800.000	2006	11.000.000	750.000	2007	10.500.000	750.000	2008	9.500.000	700.000	2009	9.500.000	750.000	2010	8.500.000	650.000	2011	7.500.000	550.000	2012	6.000.000	500.000	2013	4.500.000	500.000
Jahr	Kosten (€)	Verordnungen																																																
2000	16.500.000	800.000																																																
2001	15.000.000	750.000																																																
2002	14.000.000	700.000																																																
2003	15.000.000	700.000																																																
2004	13.500.000	700.000																																																
2005	15.000.000	800.000																																																
2006	11.000.000	750.000																																																
2007	10.500.000	750.000																																																
2008	9.500.000	700.000																																																
2009	9.500.000	750.000																																																
2010	8.500.000	650.000																																																
2011	7.500.000	550.000																																																
2012	6.000.000	500.000																																																
2013	4.500.000	500.000																																																

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: April 2014)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AF05 Lamivudin						
RE2	Lamivudin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	116,35	83,75
RE2	300 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	116,35	83,75
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD09 Pioglitazon und Alogliptin					
RE1 L12	Incesync 12,5 mg/30 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	36,25
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner gleich 50 ml/min): <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie nach unzureichender Monotherapie mit Pioglitazon zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin/Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). 					
RE1 L12	Incesync 25 mg/30 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	39,60
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 Alogliptin/Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • nach unzureichender Monotherapie mit Pioglitazon oder bei Metformin-Unverträglichkeit oder – Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Metformin, wenn mit der Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und Pioglitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin/Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). 					
A10BD13 Metformin und Alogliptin					
RE1 L12	Vipdomet 12,5 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	39,60
RE1 L12	1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	39,60

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit Pioglitazon, wenn mit der Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und Pioglitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
A10BH04 Alogliptin					
RE1 L12	Vipidia 12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	36,25
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner gleich 50 ml/min): - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon (bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder – Kontraindikation) oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
RE1 L12	25 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	39,60
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Alogliptin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • als Kombinationstherapie mit Metformin oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff (bei Metformin-Unverträglichkeit oder – Kontraindikation) oder • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon (bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) oder • als Kombinationstherapie mit Insulin oder • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon und Metformin oder als Kombinationstherapie mit Insulin und Metformin, wenn mit der Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Alogliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
Alogliptin ist ein weiterer Vertreter der schon im EKO gelisteten DPP-4-Hemmer Linagliptin, Saxagliptin, Sitagliptin und Vildagliptin. Es wird ein Gruppeneffekt zur Wirksamkeit und Sicherheit postuliert. Mit österreichischer Beteiligung wurde die EXAMINE-Studie mit 5.380 inkludierten Diabetikern nach Akutem Koronarsyndrom durchgeführt (Alogliptin after acute coronary syndrome in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2013 Oct 3;369(14):1327-35). Die Studie zeigte, dass die kardiale Ereignisrate unter Alogliptin nicht ansteigt. Der kritische Zugang ist, dass man sich bei einer add-on Therapie einen zusätzlichen Patientennutzen erwarten würde und nicht nur keinen Schaden (und Zusatzkosten).					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XX43 Vismodegib					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	Erivedge 150 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	7.089,85
Bei erwachsenen PatientInnen mit symptomatischem metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist. Diagnose, PatientInnenaufklärung, Erstverordnung sowie Entscheidung hinsichtlich Dauer bzw. Abbruch und/oder Fortsetzung der Behandlung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende/s Fachabteilung/Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des symptomatischen metastasierten oder lokal fortgeschrittenen Basalzellkarzinoms.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Clarithromycin "ratiopharm" 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	J01FA09	01.04.2014
Clarithromycin "ratiopharm" 500 mg Filmtabl.	7 Stk. 14 Stk.	J01FA09	01.04.2014
Erypo 8000 IE/0,8 ml Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.04.2014
Gutron 1 % Tropf.	20 ml	C01CA17	01.04.2014
Gutron 5 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C01CA17	01.04.2014
Gutron mit dem Wirkstoff Midodrin zählt zu den Präparaten mit zweifelhafter Wirksamkeit (http://www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm225444.htm und Midodrine for orthostatic hypotension: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. J Gen Intern Med. 2013 Nov;28(11):1496-1503, Zugang jeweils am 7.3.2014)			
Quetiapin "Accord" 200 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH04	01.04.2014
Quetiapin "Accord" 300 mg Retardtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AH04	01.04.2014
Quetiapin "Accord" 400 mg Retardtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AH04	01.04.2014
Rivastigmin "Genericon" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	N06DA03	01.04.2014
Rivastigmin "Genericon" 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	N06DA03	01.04.2014
Rowadermat Gel	10 g	D11AX	27.02.2014
Ultralan Creme	15 g 30 g	D07AC05	01.04.2014

Änderung der Verwendung (Übernahme vom Gelben Bereich) und Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D05 ANTIPSORIATIKA				
D05BB02 Acitretin				
Neotigason 10 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	12,05
	100 Stk.	-	-	37,95
Neotigason 25 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	22,90
	100 Stk.	-	-	72,45
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Hinweis: Acitretin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 2 Jahre nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).				
Aufnahme einer 100 Stk.-Packung in der 25 mg Stärke				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX14 Levetiracetam				
Levetiracetam "Actavis" 500 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	12,85
	60 Stk.	-	-	23,95
	100 Stk.	-	-	32,50
1000 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	24,75
	60 Stk.	-	-	42,70
	100 Stk.	-	-	53,00
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Jeweils Aufnahme einer 100 Stk.-Packung				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AD01 Haloperidol				
Haldol 2 mg/ml Tropf. zum Einnehmen, Lsg. (vormals Haldol Tropf.)	30 ml	-	-	5,65
Austausch der 15 ml-Pkg. auf 30 ml-Packung				
N05AH04 Quetiapin				
Quetiapin "G.L." 200 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	(2)	52,50
Streichung der 30 Stk.-Packung				
Quetiapin "G.L." 300 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	39,30
Streichung der 60 Stk.-Packung				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE				
J06BB04 Hepatitis B-Immunglobulin				
RE1 Hepatect CP 50 IE/ml Inf.lsg.	2 ml	-	-	82,15
	10 ml	-	-	314,50
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich				
Streichung der 40 ml-Packung				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD06 Glimepirid und Pioglitazon					
RE1 L12	Tandemact 30 mg/2 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	16,90
RE1 L12	30 mg/4 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	16,90
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II, für die eine Behandlung mit Metformin wegen bestehender Kontraindikation oder Unverträglichkeit ungeeignet ist. - Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung hat nur als Second-line-Therapie nach Sulfonylharnstoff-Monotherapie zu erfolgen. - Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikation (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). - Pioglitazon/Glimepirid darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon/Glimepirid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12). 					

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC03 Lansoprazol					
Lansoprazol "Stada" 15 mg magensaftresistente Hartkaps. <i>(vormals Lansoprazol "Stada" 15 mg Kaps.)</i>		30 Stk.	-	(2)	9,25
Lansoprazol "Stada" 30 mg magensaftresistente Hartkaps. <i>(vormals Lansoprazol "Stada" 30 mg Kaps.)</i>		7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	- - -	- - -	4,60 8,40 10,90
A14 ANABOLIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
A14AB01 Nandrolon					
Deca-Durabolin 25 mg/ml Inj.lsg. <i>(vormals Deca-Durabolin 25 mg Amp.)</i>		1 Stk.	-	(2)	3,70
Deca-Durabolin 50 mg/ml Inj.lsg. <i>(vormals Deca-Durabolin 50 mg Amp.)</i>		1 Stk.	-	(2)	6,65
D05 ANTIPSORIATIKA					
D05AX04 Tacalcitol					
Curatoderm 4 mcg/g Emulsion zur Anw. auf der Haut <i>(vormals Curatoderm Emulsion zur Anw. auf der Haut)</i>		30 ml 50 ml	- -	(2) -	24,45 37,50
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten					