

Neu im EKO – SAMMELBAND
(Änderungen ab Februar, März und April 2014)

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
	14 Stk.	-	-	6,40	16,00
Packungsgröße beim Erstanbieter nicht im EKO					

Beim angeführten Präparat handelt es sich um eine Umstellung von Clarithromycin „ratiopharm“ Filmtabl. auf Clarithromycin „ratiopharm GmbH“ Filmtabl.

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.



ROT → **GELB** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

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): 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 - 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 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
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 · 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).					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10BH04 Alogliptin					
RE1 L12	Vipidia 12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	36,25
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner gleich 50 ml/min):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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). 					
<p>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).</p>					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XX43 Vismodegib					
RE1	Erivedge 150 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	7.089,85
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit symptomatischem metastasiertem oder lokal fortgeschrittenem Basalzellkarzinom, bei denen eine Operation oder Strahlentherapie nicht geeignet ist.</p> <p>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.</p>					

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				
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 ANTIPILEPTIKA				
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 €
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					

Rückblickend

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2014

Informationsstand Juni 2013

ROT → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung ¹
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC02 Pantoprazol					
Pantoprazol „A-med“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	1,40	2,50
	30 Stk.	-	(2)	3,05	3,91
40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	2,55	3,50
	30 Stk.	-	-	5,40	3,71
Pantoprazol-Präparate sind noch immer mit einem Einsparpotenzial von ca. € 15 Mio. jährlich österreichweit verbunden.					
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AA04 Phenprocoumon					
Phenprolys 3 mg Tabl.	25 Stk.	T2	-	2,25	0,70
	50 Stk.	T2	(2)	3,95	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
C02 ANTIHYPERTONIKA					
C02CA04 Doxazosin					
Doxazosin „Hexal“ 8 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(2)	12,05	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Die Wirkstärke von 8 mg entspricht der maximalen Tagesdosis. Damit ergänzt diese Wirkstärke die Doxazosin Hexal-Palette, allerdings ist es im Gegensatz zu Ascalan 8 mg oder Doxazosin Genericon 8 mg nicht teilbar.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE01 Latanoprost					
Latacris 50 mcg/ml Augentropf.	2,5 ml	-	(2)	8,40	1,20
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde					
Auch das 10. Nachfolgepräparat zu Xalatan hat noch immer einen Preisvorteil von 12,5%. Die Argumentation des fehlenden Preisvorteils der Generika ist daher nicht für alle Latanoprost-Präparate gültig.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10AC01 Insulin (human)				
Huminsulin „Lilly“ Basal 100 IE/ml im KwikPen	5 Stk.	-	(2)	37,35
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09DA04 Irbesartan und Diuretika				
Irbespress/HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,45
300 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,45
300 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	5,45
Irbesartan gehört in vielen Gesundheitssystemen zu den verordnungsstarken ARB. In Österreich wurde die Substanz erst nach Patentablauf verfügbar. Sie ist in klinischen Endpunktstudien gut dokumentiert und kostengünstig.				
L03 IMMUNSTIMULANZIEN				
L03AA14 Lipegfilgrastim				
Lonquex 6 mg Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	801,75
Lonquex hat das idente Anwendungsgebiet wie Neulasta. Es wird in der gleichen Wirkstärke und dem gleichen Dosierungsintervall, ungefähr 24 Stunden nach der zytotoxischen Chemotherapie, eingesetzt. Es verkürzt die Dauer von Neutropenien und vermindert die Inzidenz von febriler Neutropenie bei erwachsenen Patienten, die wegen einer malignen Erkrankung eine zytotoxische Chemotherapie erhalten. Lonquex kostet um € 86,30 pro Chemotherapiezyklus weniger. Das ist zusätzlich zur medizinischen Wirksamkeit ein relevantes Kostenargument.				

ROT → GELB Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung	
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DX01 Memantin						
RE2 L6	Memolan 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	9,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 18,54
		30 Stk.	-	(2)	27,55	
RE2 L6	20 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	16,05	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 32,09
		30 Stk.	-	(2)	44,80	
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Permente 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	N06DA03	01.03.2014
Permente 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	N06DA03	01.03.2014
Psorcutan dermatol. Lsg.	30 ml 60 ml	D05AX02	01.03.2014
Zoledronsäure „Teva Pharma“ 5 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	M05BA08	01.03.2014

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09BA09 Fosinopril und Diuretika				
Fosinopril-Natrium/HCT „Actavis“ 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,75
Streichung der 10 Stk.-Packung				
C09CA01 Losartan				
Losartan „Genericon“ 12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	3,85
Streichung der 10 Stk.-Packung				
N03 ANTIPILEPTIKA				
N03AX14 Levetiracetam				
Levetiracetam „easypharm“ 500 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	12,75
	60 Stk.	-	-	24,00
	100 Stk.	-	-	32,65
1000 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	24,65
	60 Stk.	-	-	43,00
	100 Stk.	-	-	53,10
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 100 Stk.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
V07 ALLE ÜBRIGEN NICHTTHERAPEUTISCHEN MITTEL				
V07AY Andere nichttherapeutische Hilfsmittel				
Cathejell Diphenhydramin 1 %/ Chlorhexidin 0,05 % - Gel <i>vormals Cathejell anästh. Gel (sterile Einmalabgabeform)</i>	5 Stk. 12,5 g	-	-	8,25
Cathejell Lidocain 2 %/ Chlorhexidin 0,05 % - Gel <i>vormals Cathejell mit Lidocain anästh. Gel (sterile Einmalabgabeform)</i>	5 Stk. 12,5 g	-	-	8,25

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03BA03 Testosteron					
RE1	Nebido 1000 mg/4 ml Inj.lsg. <i>vormals Nebido 1000 mg/4 ml Amp.</i>	1 Stk.	-	-	123,00
<p>- Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei</p> <ul style="list-style-type: none"> · Klinefelter Syndrom · Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma · kongenitalem Anorchismus. <p>- Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnosestellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich.</p> <p>- Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes).</p> <p>- Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakrebses und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen</p>					
G03GA02 Humanes menopausales Gonadotrophin					
RE1	Menopur 75/75 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg. <i>vormals Menopur 75/75 IE Trockenstechamp. m. Lsgm.</i>	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	158,20 263,75
<p>Eine Kostenübernahme ist möglich in Kombination mit HCG bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sterilität der Frau bedingt durch hypogonadotrope Ovarialinsuffizienz zur Stimulation des Follikelwachstums. - Sterilität des Mannes bedingt durch hypogonadotropen Hypogonadismus zur Anregung der Spermatogenese. <p>Nicht zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion.</p>					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AR01 Zidovudin und Lamivudin					
RE2	Combivir 150 mg/300 mg Filmtabl. <i>vormals Combivir Filmtabl.</i>	60 Stk.	-	-	416,25
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>					
J05AR02 Lamivudin und Abacavir					
RE2	Kivexa 600 mg/300 mg Filmtabl. <i>vormals Kivexa Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	-	430,70
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten primär asymptomatischen, nicht vorbehandelten Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt, der Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.</p>					
V07 ALLE ÜBRIGEN NICHTTHERAPEUTISCHEN MITTEL					
V07AY Andere nichttherapeutische Hilfsmittel					
RE2	Cathejell Diphenhydramin 1 %/ Chlorhexidin 0,05 % - Gel <i>vormals Cathejell anästh. Gel (sterile Einmalabgabeform)</i>	25 Stk. 8,5 g 25 Stk. 12,5 g	- -	- -	27,00 32,15
<p>Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (zB bei Patienten mit Querschnittlähmung).</p>					
RE2	Cathejell Lidocain 2 %/ Chlorhexidin 0,05 % - Gel <i>vormals Cathejell mit Lidocain anästh. Gel (sterile Einmalabgabeform)</i>	25 Stk. 8,5 g 25 Stk. 12,5 g	- -	- -	27,00 32,15
<p>Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Selbstkatheterisierung (zB bei Patienten mit Querschnittlähmung).</p>					

Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A12 MINERALSTOFFE				
A12AA04 Calciumcarbonat (vormals A12AA)				
Maxi-Kalz 500 mg Brausetabl.	20 Stk.	-	(2)	2,75
Maxi-Kalz 1000 mg Brausetabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	2,75 6,25

Aufnahme in das Verzeichnis der Stoffe für magistrale Zubereitungen im Erstattungskodex, die nur mit vorheriger chef(kontrollärztlicher Bewilligung abgegeben werden können:

Eisen(III)-chlorid-Hexahydrat

Streichung aus dem im Erstattungskodex angeführten Verzeichnis der Stoffe für magistrale Zubereitungen, die nur mit vorheriger chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung abgegeben werden können:

Wacholderspiritus

Änderung der Bezeichnung der im Verzeichnis der Medizinalweine (weinhaltigen Zubereitungen) sowie Gewürze und Genussmittel angeführten Stoffe, für die von den Krankenversicherungsträgern keine Kosten übernommen werden:

Süßwein vormals Süßwein (weißer)

Streichung aus dem Verzeichnis der Medizinalweine (weinhaltigen Zubereitungen) sowie Gewürze und Genussmittel, für die von den Krankenversicherungsträgern keine Kosten übernommen werden:

Süßwein (roter)
Vanilletinktur

Rückblickend

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2014

Informationsstand Februar 2014

ROT → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03XC01 Raloxifen					
Raloxifen „Teva“ 60 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	19,45	17,10
<i>IND: Postmenopausale Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma</i>					
Raloxifen Teva ist das erste Nachfolgepräparat zu Evista					
N04 ANTIPARKINSONMITTEL					
N04BC05 Pramipexol					
Calmolan retard 0,26 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	8,10	7,00
0,52 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	13,20	11,55
	30 Stk.	-	-	37,50	32,95
1,05 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	21,50	18,10
	30 Stk.	-	-	61,15	49,80
2,1 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	35,10	30,35
	30 Stk.	-	-	96,35	74,65
3,15 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	123,40	94,80
Pramipexol „Genericon“ 0,26 mg Retardtabl.					
0,52 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	8,10	7,00
	30 Stk.	-	-	37,50	32,95
1,05 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	21,50	18,10
	30 Stk.	-	-	61,15	49,80
2,1 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	35,10	30,35
	30 Stk.	-	-	96,35	74,65
3,15 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	123,40	94,80
Calmolan retard und Pramipexol „Genericon“ retard ergänzen die schon verfügbare Palette der nicht retardierten Pramipexol-Präparate. Es sind somit die ersten Nachfolgepräparate zu Sifrol retard verfügbar. Aufgrund des enormen Preisunterschiedes zu Sifrol retard sollte retardiertes Pramipexol künftig nur noch in generischer Form verordnet werden.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AK08 Formoterol und Beclometason				
Foster Nexthaler 100 mcg/6 mcg pro Dosis Plv. z. Inh.	120 Hb.	-	-	46,25
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>				
Neben dem Druckgasinhalator steht Foster nun auch als Pulver zur Inhalation für jene PatientInnen, die dieses Device bevorzugen, zur Verfügung.				

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA03 Rivastigmin					
RE2 L6	Exelon 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	105,70
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie 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). 					
S01 OPHTHALMOLOGIKA					
S01ED51 Timolol, Kombinationen					
RE2	Ganfort 0,3 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. im Einzeldosisbehältnis	30 Stk.	-	(2)	26,95
In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Ambroxol „Genericon“ Saft	100 ml	R05CB06	01.02.2014
Cromatodol 100 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	N02AX02	08.01.2014
Cromatodol 200 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	N02AX02	08.01.2014
Diclofenac „Sandoz“ 75 mg Amp.	5 Stk.	M01AB05	01.02.2014
Estramon 50 mcg/24 h Depotpflaster	6 Stk.	G03CA03	01.02.2014
Gabapentin „Actavis“ 300 mg Hartkaps.	100 Stk.	N03AX12	01.02.2014
Olanzapin „Stada“ 5 mg Schmelztabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.02.2014
Olanzapin „Stada“ 10 mg Schmelztabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.02.2014
Rivastigmin „ratiopharm“ 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk. 30 Stk.	N06DA03	01.02.2014
Rivastigmin „ratiopharm“ 9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	N06DA03	01.02.2014
Roferon-A „Roche“ 18 Mio. IE/0,6 ml Fertigspr.	3 Stk.	L03AB04	01.02.2014

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01DD08 Cefixim				
Cefixim „Hexal“ 200 mg Filmtabl.	6 Stk.	-	(2)	6,90
Streichung der 14 Stk.-Packung				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02B MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC01 Omeprazol				
Omeprazol „ratiopharm“ 10 mg magensaftresistente Hartkaps. <i>vormals Omeprazol „ratiopharm“ Mikrotabs 10 mg Kaps.</i>	28 Stk.	-	(2)	11,10
Omeprazol „ratiopharm“ 20 mg magensaftresistente Hartkaps. <i>vormals Omeprazol „ratiopharm“ Mikrotabs 20 mg Kaps.</i>	7 Stk. 14 Stk. 28 Stk.	- - -	- - -	5,10 7,15 11,80
Omeprazol „ratiopharm“ 40 mg magensaftresistente Hartkaps. <i>vormals Omeprazol „ratiopharm“ Mikrotabs 40 mg Kaps.</i>	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	10,50 15,05

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AD02 Tacrolimus				
Adport 0,5 mg Hartkaps <i>vormals Tacrolimus „Sandoz“ 0,5 mg Hartkaps.</i>	50 Stk.	-	(2)	51,50
<i>IND: nach Organtransplantationen</i>				
Adport 1 mg Hartkaps. <i>vormals Tacrolimus „Sandoz“ 1 mg Hartkaps.</i>	50 Stk.	-	(2)	81,10
<i>IND: nach Organtransplantationen</i>				
Adport 5 mg Hartkaps. <i>vormals Tacrolimus „Sandoz“ 5 mg Hartkaps.</i>	50 Stk.	-	(2)	226,80
<i>IND: nach Organtransplantationen</i>				

Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AK08 Formoterol und Beclometason (vormals R03AK07)				
Foster 100 mcg/6 mcg pro Sprühstoß, Druckgasinh., Lsg.	120 Hb	-	-	46,25
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>				
R03AL01 Fenoterol und Ipratropiumbromid (vormals R03AK03)				
Berodual Dosieraerosol	1 Stk.	-	(2)	10,50
Berodualin Inhalationslsg.	20 ml	-	(2)	6,35

Änderung von ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD05 Gerinnungsfaktor VII (vormals B02BD)					
RE1	Faktor VII „Baxter“ 600 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	224,80
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation Faktor VII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					
B03 ANTIANÄMIKA					
B03AC Eisen, parenterale Zubereitungen (vormals B03AC02)					
RE2	FerMed 100 mg/5 ml Inj.lsg. od. Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk. 5 Stk.	- -	- -	20,65 50,70
Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.					
RE2	Venofer 20 mg/ml Inj.lsg. od. Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	5 Stk.	-	-	68,20
Zur Eisensubstitution, wenn mit oralen Therapiealternativen (ATC-Code B03A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03AL02 Salbutamol und Ipratropiumbromid (vormals R03AK04)					
RE2	Combivent Inhalationslsg. im Einzeldosisbehältnis	10 Stk.	-	-	8,35
		60 Stk.	-	-	42,60
Zur Behandlung akuter bronchospastischer Zustände bei Exazerbationen von Asthma und COPD, wenn die Behandlung mit anderen Formen der Bronchodilatator-Therapie unzureichend ist. Erstverordnung durch einen Facharzt für Pulmologie.					