THERAPIE-TIPPS

www.noegkk.at

NÖGKK
NÖ Gebietskrankenkasse
Wir vorsorgen Sie!

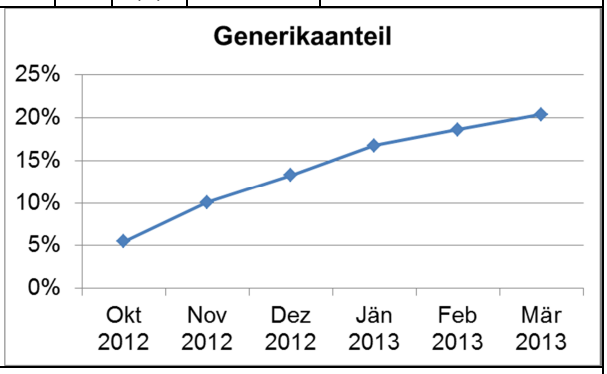
Nr. 113 / September 2013

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2013

Informationsstand August 2013

ROT → GRÜN

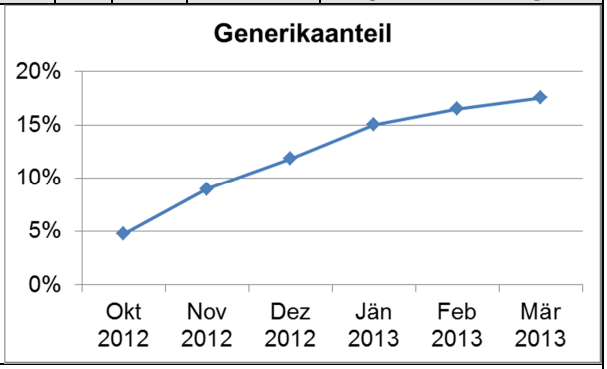
Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA06 Candesartan					
Candesartan "G.L." 8 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,10	**10,87**
Candesartan "G.L." 16 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,10	**13,67**
Candesartan "G.L." 32 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,10	**13,67**
Sechs Monate nach erstmaliger generischer Verfügbarkeit liegt der Generikaanteil bei Candesartan bei 20 %. Auf Grund des Preisvorteils von bis zu 50 % sollte er noch deutlich gesteigert werden.					
C09DA06 Candesartan und Diuretika					
Candesartan-HCT "G.L." 8 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,10	**10,87**
Candesartan-HCT "G.L." 16 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,10	**13,67**
Candesartan-HCT "G.L." 32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,10	**13,67**
Candesartan-HCT "G.L." 32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,10	**13,67**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2013)

./2

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Auch in der Kombination mit HCT besteht ein deutlicher Preisvorteil.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA05 Atorvastatin					
Atorvastatin "Actavis" 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	10,30	**2,55**
Atorvastatin 80 mg wird vom Ökotool als Alternative zu Crestor 40 mg angezeigt und letzteres kostet ca. das Sechsfache. Crestor wird derzeit monatlich über 40.000 Mal verordnet.					
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA04 Alendronsäure					
Alendris 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl.	4 Stk.	-	(2)	13,50	**4,25**
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DC03 Montelukast					
Montelukast "Stada" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	18,45	**27,23**
Montelukast "Stada" 5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	19,90	**29,43**
Montelukast "Stada" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	19,90	**29,43**
Mit der Aufnahme des neunten Generikums in den EKO gilt es, in den nächsten Monaten das Einsparpotenzial auch zu realisieren.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01BC03 Diclofenac					
Diclo-Vision sine 1 mg/ml Augentropf. im Einzeldosisbehältnis	20 Stk.	-	-	5,50	**6,25**
Diclo-Vision sine ist die kostengünstige Alternative zu Voltaren Ophtha Einmalaugentropfen mit identem Wirkstoff.					



Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A06 LAXANZIEN				
A06AB08 Natriumpicosulfat				
Guttalax Tropf.	15 ml 30 ml	-	- -	**4,80** **7,85**

ROT → GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA04 Galantamin						
RE2 L6	**Galantamin "Actavis" 8 mg Retardkaps.**	7 Stk. 28 Stk.	-	- (2)	6,05 22,80	**3,70 11,85**
RE2 L6	**Galantamin "Actavis" 16 mg Retardkaps.**	28 Stk.	-	(2)	37,35	**12,75**
RE2 L6	**Galantamin "Actavis" 24 mg Retardkaps.**	28 Stk.	-	(2)	42,30	**12,65**

- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) 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 Galantamin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.
- Galantamin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
- Galantamin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM						
N07BC01 Buprenorphin						
RE1 SG	**Buprenorphin "Hexal" 2 mg Sublingualtabl.**	7 Stk. 30 Stk.	T2	- -	6,45 24,35	**3,45 12,22**
RE1 SG	**Buprenorphin "Hexal" 8 mg Sublingualtabl.**	7 Stk. 30 Stk.	T2	- -	17,40 67,85	**9,40 31,07**

Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.

Zwei gewichtige Argumente sprechen für Buprenorphin "Hexal":

1. Die Suchtgiftverordnung (BGBl. II Nr. 374/1997) hält unter § 23c fest: Bei der Substitutionsbehandlung sind Methadon sowie auch Buprenorphin, jeweils in einer für die perorale Einnahme geeigneten und die i.v. Verwendung dieser Suchtmittel erschwerenden Zubereitung, Mittel der ersten Wahl. Nur bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel dürfen andere Substitutionsmittel verschrieben werden.
2. Der Preisvorteil.

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BH01 Sitagliptin					
RE1 L12	**Januvia 25 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	-	**31,20**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance kleiner als 30 ml/min oder Endstadium, das eine Hämo- oder Peritonealdialyse erfordert): - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin 25 mg hat nur als Second-line-Therapie • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin 25 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
RE1 L12	**Januvia 50 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	-	**31,20**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II und mäßiger Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance größer gleich 30 bis kleiner als 50 ml/min) - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin 50 mg hat nur als Second-line-Therapie • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin 50 mg eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					
A10BX09 Dapagliflozin					
RE1 L6	**Forxiga 10 mg Filmtabl.**	14 Stk. 28 Stk.	-	- -	**26,75** **50,70**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Dapagliflozin hat nur als Second-line-Therapie • als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder • als Kombinationstherapie mit Metformin oder • als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen oder • als Kombinationstherapie mit Insulin mit oder ohne Metformin zu erfolgen. - Dapagliflozin wird in Kombination mit Pioglitazon, Gliniden oder DPP-IV-Hemmern nicht erstattet. - Kein Einsatz bei PatientInnen über 75 Jahren, bei Neoplasien der Harnblase oder bei mittelschwerer und schwerer Nierenfunktionsstörung (definiert nach Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min). - Regelmäßige Kontrollen der Nierenwerte gemäß Fachinformation. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Dapagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Dapagliflozin wirkt durch eine vermehrte Glucoseausscheidung im Harn. Gemäß Beurteilung durch das IQWIG (https://www.iqwig.de/download/A12-18_Dapagliflozin_Kurzfassung_Nutzenbewertung-35a-SGB-V.pdf, Zugriff am 9.7.2013) und des darauf basierenden Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1730/2013-06-06_AM-RL-XII_Dapagliflozin.pdf, Zugriff am 9.7.2013) ist ein Zusatznutzen gegenüber anderen Diabetestherapien nicht belegt.					
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AF02 Apixaban					
RE1 L6	**Eliquis 5 mg Filmtabl.**	20 Stk. 60 Stk.	-	- -	**28,35** **77,85**
Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Apixaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE10 Everolimus					
RE1 L4	**Afinitor 5 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**2.763,55**
RE1 L4	**Afinitor 10 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**3.743,65**
- Bei postmenopausalen Frauen mit Hormonrezeptor-positivem, HER2/neu-negativem, fortgeschrittenem Mammakarzinom in Kombination mit Exemestan nach Vorbehandlung mit einem nicht-steroidalen Aromatase-Inhibitor. - Bei PatientInnen mit gut oder mäßig differenzierten neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs, welche inoperabel oder metastasiert sind. - Bei PatientInnen mit fortgeschrittenem Nierenzellkarzinom nach Vorbehandlung mit einer Anti-VEGF-Therapie. - Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard, sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin. - Everolimus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).					
Analog den Zulassungsstudien wird folgende durchschnittliche Lebensverlängerung erwartet: - von 3,2 auf 7,8 Monate beim Mammakarzinom - von 4,6 auf 11,0 Monate bei neuroendokrinen Tumoren pankreatischen Ursprungs - von 1,9 auf 4,9 Monate beim fortgeschrittenen Nierenzellkarzinom Um diesen Patientennutzen zu erzielen, ist der studienkonforme Einsatz – Kombinationstherapie mit Exemestan oder Vortherapie mit Sunitimib/Sorafenib – zweckmäßig.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aerius 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.08.2013
Mycophenolatmofetil "Actavis" 500 mg Filmtabl.	150 Stk.	L04AA06	01.08.2013
Omeprazol "easypharm" 10 mg Kaps.	28 Stk.	A02BC01	01.08.2013
Prezista 400 mg Filmtabl.	60 Stk.	J05AE10	01.08.2013
Topiramat "ratiopharm" 15 mg Filmtabl.	60 Stk.	N03AX11	01.08.2013

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BC01 Bromocriptin				
Umprel 5 mg Kaps.	30 Stk.	-	(2)	**23,55**
Streichung der 100 Stk.-Packung aus dem Gelben Bereich				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L02 ENDOKRINE THERAPIE				
L02BG03 Anastrozol				
Anastrozol "Accord" 1 mg Filmtabl. *vormals Anastrozol „Medico Uno" 1 mg Filmtabl.*	30 Stk.	-	(2)	**45,00**
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AA06 Mycophenolsäure				
Mycophenolatmofetil „Accord" 500 mg Filmtabl. *vormals Mycophenolatmofetil „Medico Uno" 500 mg Filmtabl.*	150 Stk.	-	-	**142,75**
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AE02 Naproxen				
Naproxen „Infektopharm" 250 mg/5 ml Saft *vormals Proxen Saft*	100 ml	-	(2)	**7,75**
F14				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09DA02 Eprosartan und Diuretika				
Teveten plus 600 mg/12,5 mg Filmtabl. *vormals Teveten plus Filmtabletten* **IND:** wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden	28 Stk.	-	(2)	**21,90**
Bei den AT II-Antagonisten Losartan, Candesartan und Valsartan in Kombination mit HCT liegt das Preisband der 28-Stück-Packungen der generischen Produkte (bei Candesartan auch des Erstanbieters Blopress plus) nur zwischen € 4,30 und € 11,20, weshalb sie im Sinne der ökonomischen Verschreibweise gegenüber Teveten plus zu bevorzugen sind.				
S01 OPHTHALMIKA				
S01BA04 Prednisolon				
Ultracortenol 0,5% Augensalbe *vormals Ultracortenol Augensalbe* frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde	5 g	-	-	**10,10**
Ultracortenol 0,5 % Augentropfen *vormals Ultracortenol Augentropf.* frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde	5 ml 1 ml =49 Tr.	-	-	**10,50**

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD07 Metformin und Sitagliptin					
RE1 L12	**Janumet 50 mg/850 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**47,70**
RE1 L12	**Janumet 50 mg/1000 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**47,70**
-					
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann • als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
RE1 L12	**Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**47,70**
RE1 L12	**Velmetia 50 mg/1000 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**47,70**

Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II
- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
- Die Behandlung mit Sitagliptin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie
  - nach Metformin-Monotherapie oder
  - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann
  - als Kombinationstherapie mit einem Glitazon, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann
  - als Kombinationstherapie mit Insulin

  zu erfolgen.
- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.
- Sitagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

A10BG03 Pioglitazon

RE1 L12	**Diabetalan 15 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**13,80**
RE1 L12	**Diabetalan 30 mg Tabl.**	30 Stk.	T2	-	**19,15**
RE1 L12	**Diabetalan 45 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**26,70**

Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.
- 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.
- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.
- Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

RE1 L12	**Pioglitazon "Stada" 15 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**13,80**
RE1 L12	**Pioglitazon "Stada" 30 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**19,15**
RE1 L12	**Pioglitazon "Stada" 45 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**26,70**

Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.
- 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.
- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.
- Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
RE1 L12	**Pioglitazon "Teva" 15 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**13,05**
RE1 L12	**Pioglitazon "Teva" 30 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**18,20**
RE1 L12	**Pioglitazon "Teva" 45 mg Tabl.**	28 Stk.	-	-	**24,95**

Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.
- 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.
- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.
- Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

RE1 L12	**Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**13,80**
RE1 L12	**Pioglitazone "Actavis" 30 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**19,15**
RE1 L12	**Pioglitazone "Actavis" 45 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	**26,70**

Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage.
- 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.
- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.
- Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

A10BH01 Sitagliptin

RE1 L12	**Januvia 100 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	-	**47,70**

Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II
- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
- Die Behandlung mit Sitagliptin hat nur als Second-line-Therapie
  - als Kombinationstherapie mit Metformin oder
  - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff bei Metformin-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation
  - als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation oder
  - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin oder einem Glitazon und Metformin, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs bzw. eines Glitazons nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder
  - als Kombinationstherapie mit Insulin

  zu erfolgen.
- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.
- Sitagliptin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AF02 Apixaban					
RE1 L6	**Eliquis 2,5 mg Filmtabl.**	10 Stk. 20 Stk. 60 Stk.	-	- (2) -	**14,75** **28,35** **77,85**
Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse (VTE) bei erwachsenen PatientInnen nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenksersatz. Zur Prävention von Schlaganfall und systemischer Embolie bei erwachsenen PatientInnen mit nicht valvulärem Vorhofflimmern mit einem oder mehreren der folgenden Risikofaktoren: - Vorausgegangener Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke oder systemische Embolie - Linksventrikuläre Ejektionsfraktion kleiner 40 % - Symptomatische Herzinsuffizienz größer gleich New York Heart Association (NYHA) Klasse 2 - Alter ab 75 Jahre - Alter ab 65 Jahre einhergehend mit einer der folgenden Erkrankungen: Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankung oder arterielle Hypertonie Apixaban eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Zur Prophylaxe venöser thromboembolischer Ereignisse nach elektivem Hüft-oder Kniegelenksersatz beträgt die empfohlene Dosis zweimal täglich 2,5 mg Apixaban. Die Standarddosis zur Prophylaxe von Schlaganfall und systemischer Embolie bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern ist zweimal täglich 5 mg Apixaban. Bei Patientinnen und Patienten mit Vorhofflimmern und mindestens 2 der folgenden Kriterien (Alter 80 Jahre, Körpergewicht 60 kg oder Serumkreatinin 1,5 mg/dl (133 µmol/l)) ist die empfohlene Dosis zweimal täglich 2,5 mg Apixaban.					

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA					
A07AA02 Nystatin					
Mycostatin Filmtabl. *vormals Mycostatin Drag.*		20 Stk. 50 Stk.	-	- -	**8,50** **19,40**
Eine Kostenübernahme ist nur möglich zur Therapie der schweren intestinalen Candidamykose bei immunsupprimierten Patienten.					

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2013

Informationsstand Juli 2013

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB03 Bicalutamid					
Bicalutamid "Kabi" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	53,55	**23,25**
Casodex ist bereits zu 67 % generisch substituiert. Auf Grund des großen Preisvorteils von ca. 30 % sollte der Verordnungsanteil der Bicalutamid-Generika weiter steigen.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AE04 Ziprasidon					
Ziprasidon "Krka" 20 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	-	- (2)	39,70 76,80	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **57,37**
Ziprasidon "Krka" 40 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	-	- (2)	41,90 79,10	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **62,37**
Ziprasidon "Krka" 60 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	-	- (2)	42,45 80,15	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **63,19**
Ziprasidon "Krka" 80 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	-	- (2)	44,15 83,25	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **104,75** **(Erstanbieter in RE2)**
€ 5,3 Mio. betrugen die Aufwendungen der SV-Träger im Jahr 2012 für Zeldox. Die Verfügbarkeit des ersten Generikums, der Preisvorteil und die Aufnahme aller Wirkstärken in den Grünen Bereich sollten Grundlage dafür sein, die Kosteneffizienz bei dieser Substanz zu steigern.					
N05AH04 Quetiapin					
Quetados 25 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	-	- -	1,70 14,25	**0,50** **1,35**
Quetapharm 100 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk. 90 Stk.	T4	- (2) -	4,35 35,40 51,05	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **4,20** **6,70**
Quetapharm 200 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	T4	- (2)	6,50 52,50	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **6,05**
Quetapharm 300 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	T2	- -	8,75 68,90	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **7,90**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DC03 Montelukast					
Lanair 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Lanair 5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Lanair 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Actavis" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Actavis" 5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Actavis" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Chiesi" 4 mg Kautabl.	28 Stk.	-	(2)	20,25	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Chiesi" 5 mg Kautabl.	28 Stk.	-	(2)	21,85	**26,15** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Chiesi" 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	21,85	**26,15** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "easypharm" 4 mg Kautabl.	10 Stk. 30 Stk.	-	- (2)	7,65 21,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "easypharm" 5 mg Kautabl.	10 Stk. 30 Stk.	-	- (2)	8,25 23,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "easypharm" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	-	- (2)	8,25 23,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Genericon" 5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Genericon" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Krka" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Montelukast "Krka" 5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Krka" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "ratiopharm" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "ratiopharm" 5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "ratiopharm" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Sandoz" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Sandoz" 4 mg Gran.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Sandoz" 5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
Montelukast "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	-	- (2)	8,25 23,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Schon die Anzahl der ab sofort verfügbaren und allgemein frei verschreibbaren Generika weist auf die wirtschaftliche Wichtigkeit der Substanz hin. 2012 haben die SV-Träger € 14,6 Mio. für Singulair aufgewendet. Zukünftig können die Asthmapatientinnen und Patienten kostengünstig und in der jeweiligen Wirkstärke behandelt werden: - 4 mg Granulat für Kinder von 6 Monaten bis 5 Jahren - 4 mg Kautabletten für Kinder von 2-5 Jahren - 5 mg für Kinder von 6-14 Jahren - 10 mg für Personen ab 15 Jahren					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A05 GALLEN- UND LEBERTHERAPIE				
A05AA02 Ursodeoxycholsäure				
Ursofalk 500 mg Filmtabl.	50 Stk.	T2	(2)	**36,70**
N02 ANALGETIKA				
N02CC01 Sumatriptan				
Imigran 50 mg Filmtabl.	2 Stk. 6 Stk.	-	(2) -	**3,10** **9,45**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Imigran 100 mg Filmtabl.	2 Stk. 6 Stk.	-	(2) -	**3,10** **9,45**
IND: Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin				

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 "Accord" 15 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	13,95	**1,88**
RE1 L12	**Pioglitazon "Accord" 30 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	19,40	**2,59**
RE1 L12	**Pioglitazon "Accord" 45 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	26,60	**2,87**
Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage. - 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. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).						
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DX01 Memantin						
RE2	**Memantine "Merz" 5, 10,15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)**	28 Stk.	-	-	30,85	**36,85**
- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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.						

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2 L6	**Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl.**	28 Stk.	T2	(2)	28,80	**34,40**
RE2 L6	**Memantine "Merz" 20 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	(2)	46,65	**52,95**

- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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).

Memantine „Merz" ist um 53 % kostengünstiger als die Erstanbieter Ebixa und Axura. Der Jahresaufwand für Memantin beträgt derzeit € 15,2 Mio.

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AX Andere Dermatika					
RE1	**Actikerall 5 mg/g + 100 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut**	25 ml	-	-	**57,35**
Bei aktinischen Keratosen nach dermatologischer Abklärung, wenn 4 – 10 Läsionen vorhanden sind oder wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AE10 Darunavir					
RE2	**Prezista 800 mg Filmtabl.**	30 Stk.	-	-	**475,05**
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige –kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE03 Bimatoprost					
RE2	**Lumigan 0,3 mg/ml Augentropf. im Einzeldosisbehältnis**	30 Stk.	-	(2)	**23,85**
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
Bericard Tropf.	50 ml	C01EB04	30.06.2013
Bicalutamid "Teva" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.07.2013
Bicalutamid "Teva" 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.07.2013
Keppra 500 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	01.07.2013
Keppra 1000 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	01.07.2013
Losartan "Pfizer" 50 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	C09CA01	01.07.2013
Losartan "Pfizer" 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.07.2013
Metformin "Pfizer" 1000 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	A10BA02	01.07.2013
Pramipexol "G.L." 0,088 mg Tabl.	30 Stk.	N04BC05	01.07.2013
Pramipexol "G.L." 0,18 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.07.2013
Pramipexol "G.L." 0,35 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.07.2013
Pramipexol "G.L." 0,7 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.07.2013
Psorcutan Beta Salbe	30 g	D05AX52	01.07.2013
Retrovir 300 mg Filmtabl.	60 Stk.	J05AF01	01.07.2013
Tiaprid "Gerot" 100 mg Tabl.	20 Stk. 100 Stk.	N05AL03	01.07.2013
Xamiol 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel	30 g	D05AX52	01.07.2013

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01DC04 Cefaclor				
Ceclor 500 mg Filmtabl. *vormals Ceclor Duo 500 mg Filmtabl.*	10 Stk.	-	(2)	**12,10**
Ceclor 750 mg Filmtabl. *vormals Ceclor Duo 750 mg Filmtabl.*	10 Stk.	-	(2)	**15,95**

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA					
H01CA01 Gonadorelin					
RE2	**Lutrelef 3,2 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** *vormals Lutrelef 3,2 mg Trockenstechamp. m. Lsgm. f. Zyklomat-Dosierpumpen*	1 Stk.	-	-	**344,70**
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation: Hypothalamische Amenorrhoe Grad 2, 3a, 3b Idiopathischer hypothalamischer Hypogonadismus einschließlich Pubertas tarda					

Änderung der Verwendung/Packungsgröße im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA					
H01AC01 Somatropin					
RE1	**Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.**	1 Stk. 5 Stk.	-	- -	**140,05** **592,45**
RE1	**Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.**	1 Stk. 5 Stk.	-	- -	**248,10** **1.161,00**
Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml): - Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. - In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
Die Regel wurde an die derzeit gültige Zulassung angepasst. Bei der Stärke zu 10 mg/1,5 ml wurde eine zusätzliche Packungsgröße zu 1 Stk. aufgenommen.					

Info: Dr. Jana Fischer, MSc
Tel: 050899-6110
E-mail: jana.fischer@noegkk.at