

Nr. 92 / Juni 2011

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2011

Informationsstand Juni 2011

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AC04 Clopidogrel</b>					
Clopidogrel "+pharma" 75 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	12,10	<b>1,32</b>
	30 Stk.	-	(2)	17,85	<b>4,19</b>
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>					
Der Preisvorteil von Clopidogrel "+pharma" 75 mg Filmtabl. ist mit 20 % beachtlich und sollte realisiert werden. Ihr Ökotool unterstützt Sie dabei.					
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02AX02 Tramadol</b>					
Tramabene 150 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,20	<b>1,35</b>
	30 Stk.	-	-	11,60	<b>4,10</b>
	60 Stk.	-	-	18,90	<b>6,95</b>
Tramabene 200 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	6,30	<b>1,70</b>
	30 Stk.	-	-	14,20	<b>4,85</b>
	60 Stk.	-	-	23,40	<b>7,70</b>
Hinweis: Die 60 Stk.-Packung beider Stärken sollte nicht zur Initialtherapie verwendet werden.					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2011)

**ROT** → **GELB**

**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>						
<b>L04AA06 Mycophenolsäure</b>						
RE2	<b>Mycophenolatmofetil "Actavis" 500 mg Filmtabl.</b>	150 Stk.	-	-	199,15	<b>217,75</b>
Zur Prophylaxe von akuten Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für PatientInnen nach allogener Herz-, Leber- oder Nierentransplantation. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.						
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>						
<b>N07BC01 Buprenorphin</b>						
RE1	<b>Bupensan 2 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk.	-	-	7,45	<b>6,05</b>
SG		28 Stk.			26,65	<b>21,50</b>
RE1	<b>Bupensan 4 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk.	T2	-	11,80	<b>Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden</b>
SG		28 Stk.			41,90	
RE1	<b>Bupensan 8 mg Sublingualtabl.</b>	7 Stk.	T2	-	20,00	<b>17,15</b>
SG		28 Stk.			74,40	<b>54,75</b>
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.						
Bupensan ist der erste Nachfolger zu Subutex mit einem Einsparpotenzial pro Packung von über 40 %.						

**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>					
<b>C01CA24 Epinephrin</b>					
RE2	<b>Jext 150 mcg Inj.lsg. in einem Fertigpen</b>	1 Stk.	-	(2)	<b>45,75</b>
RE2	<b>Jext 300 mcg Inj.lsg. in einem Fertigpen</b>	1 Stk.	-	(2)	<b>45,75</b>
Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.					
Jext hat mit 24 Monaten die längste Haltbarkeit aller injizierbarer Epinephrin-Präparate im EKO und ist ohne Temperatureinschränkung lagerbar.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>D11 ANDERE DERMATIKA</b>					
<b>D11AX Andere Dermatika</b>					
RE1	<b>Veregen 10 % Salbe</b>	15 g	-	-	<b>54,55</b>
Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen					
<b>H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA</b>					
<b>H01AC01 Somatotropin</b>					
RE1	<b>Norditropin FlexPro 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. in einem Fertigpen</b>	1 Stk.	-	-	<b>212,75</b>
RE1	<b>Norditropin FlexPro 10 mg/1,5 ml Inj.lsg. in einem Fertigpen</b>	1 Stk.	-	-	<b>395,10</b>
RE1	<b>Norditropin FlexPro 15 mg/1,5 ml Inj.lsg. in einem Fertigpen</b>	1 Stk.	-	-	<b>580,35</b>
<p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.</p>					
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>					
<b>R03DX05 Omalizumab</b>					
RE1 L6	<b>Xolair 75 mg Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>220,00</b>
RE1 L6	<b>Xolair 150 mg Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>412,25</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Als Zusatztherapie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (ab 6 Jahren) mit schwerem persistierendem allergischem Asthma, die einen positiven Hauttest oder in vitro Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen und bei Erwachsenen und Jugendlichen (ab 12 Jahren), die eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 &lt; 80 %) haben und unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden und trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten mehrfach dokumentierte, schwere Asthma-Exazerbationen, welche eine Behandlung mit systemischen Corticosteroiden erforderten, hatten.</p> <p>Die Behandlung mit Xolair sollte nur bei PatientInnen in Betracht gezogen werden, bei denen von einem IgE-vermittelten Asthma ausgegangen werden kann und bei denen ein basaler IgE-Spiegel von &gt; 76 IU/ml vorliegt.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch den Facharzt/die Fachärztin für Pulmologie. 16 Wochen nach Beginn der Therapie ist die Wirksamkeit der Behandlung durch den Facharzt/die Fachärztin für Pulmologie zu überprüfen. Die für die Überprüfung der Wirksamkeit notwendigen Dokumentationsbögen werden vom vertriebsberechtigten Unternehmen zur Verfügung gestellt. Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen (L6). Überprüfung der Wirksamkeit: Nach 16 Wochen erfolgt die Bewertung der Asthmakontrolle anhand einer GETE (Global Evaluation of Treatment Effectiveness)-Einstufung durch den Arzt/die Ärztin. Die Therapie ist nur dann fortzuführen, wenn die Asthmakontrolle anhand GETE als "Hervorragend" oder "Gut" bewertet wurde.</p> <p>Zusätzlich sind vor Beginn der Therapie und nach 16 Wochen die Lungenfunktion, die Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten und die ungeplante Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zu dokumentieren.</p>				

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Diclostad 50 mg Supp.	6 Stk.	M01AB05	01.06.2011
Diclostad 100 mg Supp.	6 Stk.	M01AB05	01.06.2011
Doxium 250 mg Tabl.	60 Stk.	C05CX	01.06.2011
Fuzeon 90 mg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inf.lsg.	60 Stk.	J05AX07	01.06.2011
Norditropin NordiFlex 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	H01AC01	01.06.2011
Norditropin NordiFlex 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	H01AC01	01.06.2011
Norditropin NordiFlex 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	H01AC01	01.06.2011
Pilison dermatol. Lsg.	15 ml 30 ml	D07XC	01.06.2011
Ramipril/HCT "Interpharm" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09BA05	01.06.2011
Rheugesal Creme	40 g	M02AC	01.06.2011
Rifater Drag.	60 Stk.	J04AM02	01.06.2011
Zolpidemtartrat "Actavis" 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	N05CF02	01.06.2011

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>D06AX01 Fusidinsäure</b>				
Fucidin Salbe	5 g	-	(2)	2,05
	15 g	-	-	3,65

**Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BA02 Metformin</b>				
Metformin "Stada" 850 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	2,85
	100 Stk.	-	(2)	9,55
Nun sind auch von der 100 Stk.-Packung zwei Packungen frei verschreibbar; die 30 Stk.-Packung bleibt unverändert.				

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC02 Pantoprazol</b>				
Pantoprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	2,10
	14 Stk.	-	-	3,95
	30 Stk.	-	-	7,30
Austausch der 28 Stk.-Pkg. auf 30 Stk.-Pkg.; die 7 Stk.-Pkg. und die 14 Stk.-Pkg. bleiben unverändert.				
<b>A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA</b>				
<b>A07AA02 Nystatin</b>				
Mycostatin orale Susp.	24 ml	-	(2)	5,60
	50 ml	-	-	9,75
F14				
Austausch der 60 ml-Pkg. auf 50 ml-Pkg; die 24 ml-Pkg. bleibt unverändert.				

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE</b>				
<b>R05CB01 Acetylcystein</b>				
<b>Acetylcystein "Hexal" 100 mg Gran.</b> <i>vormals ACC "Hexal" 100 mg Gran.</i>	20 Stk.	-	(2)	<b>1,85</b>
<b>Acetylcystein "Hexal" 200 mg Gran.</b> <i>vormals ACC "Hexal" 200 mg Gran.</i>	20 Stk.	-	(2)	<b>2,35</b>
<b>Acetylcystein "Hexal" 100 mg lös. Tabl.</b> <i>vormals ACC "Hexal" 100 mg lös. Tabl.</i>	20 Stk.	-	(2)	<b>1,85</b>
<b>Acetylcystein "Hexal" 200 mg lös. Tabl.</b> <i>vormals ACC "Hexal" 200 mg lös. Tabl.</i>	20 Stk.	-	(2)	<b>2,35</b>
<b>Acetylcystein "Hexal" 600 mg lös. Tabl.</b> <i>vormals ACC "Hexal" 600 mg lös. Tabl.</i>	10 Stk.	-	(2)	<b>2,60</b>

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>C01 HERZTHERAPIE</b>					
<b>C01EB17 Ivabadrin</b>					
RE1	<b>Procoralan 5 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	T2	-	<b>36,80</b>
		56 Stk.		-	<b>63,75</b>
RE1	<b>Procoralan 7,5 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>36,80</b>
		56 Stk.		-	<b>63,75</b>
Symptomatische Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit normalem Sinusrhythmus und einer Herzfrequenz größer gleich 70 Schlägen pro Minute, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) in maximal verträglicher Dosierung nicht ausreichend wirksam (als add-on Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam, kontraindiziert oder unverträglich sind.					
<b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b>					
<b>C02KX01 Bosentan</b>					
RE1	<b>Tracleer 62,5 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>2.489,15</b>
RE1 L3	<b>Tracleer 125 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>2.543,80</b>

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sowie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen vorbehandelter Sklerodermie-PatientInnen.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.</p>					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AA24 Abatacept</b>					
RE1	<b>Orencia 250 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.</b>	2 Stk.	-	-	<b>750,30</b>
		3 Stk.	-	-	<b>1.113,10</b>
<p>Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren in Kombination mit Methotrexat bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) inklusive Methotrexat, wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss oder nach Versagen mindestens eines Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors, oder wenn diese nicht vertragen werden.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Wenn innerhalb von 6 Behandlungsmonaten kein Ansprechen auf Abatacept eintritt, müssen der potentielle Nutzen einer Fortsetzung der Behandlung, die bekannten und potentiellen Risiken sowie die Behandlungsalternativen abgewogen werden.</p>					

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