

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2010

Informationsstand Juni 2010

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC02 Pantoprazol					
Gastrozol 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	3,65	0,25
	30 Stk.	-	(2)	7,00	0,22
Gastrozol 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	3,25	0,30
	14 Stk.	-	-	5,80	0,25
	30 Stk.	-	-	9,10	0,26
Die Preisentwicklung bei den PPI ist seit der Verfügbarkeit von generischem Pantoprazol beeindruckend. Es stehen zahlreiche PPI mit Monatstherapiekosten von unter 10,- € bis 12,- € zur Verfügung. Um ein Vielfaches teurer sind Nexium und Pariet mit Monatstherapiekosten von 25,- € bis über 40,- €					
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BB09 Gliclazid					
Gliclazid „Arcana“ 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	(2)	2,35	2,00
	120 Stk.	-	-	9,50	6,50
Über 20.000 Packungen von Diamicon wurden im Februar 2010 mit den SV-Trägern abgerechnet. Mit dem angeführten Preisvorteil ergibt sich ein monatliches Kostenreduktionspotenzial von über € 130.000,- das zumindest mittelfristig auch realisiert werden sollte.					
A10BB12 Glimepirid					
Glimepirid „Stada“ 6 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	5,90	0,30
Auch die 6-mg-Stärke von Glimestad Tabletten wurde nun durch Glimepirid „Stada“ ausgetauscht.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2010)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*																						
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN																											
C07AB02 Metoprolol																											
Metoprololsuccinat „Actavis“ 47,5 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	0,60	0,45 vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden																						
	30 Stk.		(2)	1,50																							
Metoprololsuccinat „Actavis“ 95 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,00	vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,88																						
	30 Stk.		(2)	2,50																							
Metoprololsuccinat „Actavis“ 190 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden																						
	30 Stk.		(2)	3,50																							
Die in der Fachinformation angeführte Maximaldosierung von 190 mg ist mit einer Einmalgabe nur durch Generika umsetzbar. Diese haben daher neben dem Preisvorteil auch den Vorteil einer erleichterten Einnahmemöglichkeit, die die Compliance fördert.																											
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM																											
C09AA09 Fosinopril																											
Fosinopril „Stada“ 10 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	1,65	vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 3,05																						
	30 Stk.		(2)	4,40																							
Fosinopril „Stada“ 20 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	2,50	vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 4,35																						
	30 Stk.		(2)	6,75																							
Das Veränderungsmanagement in Salzburg zeigt, dass die bevorzugte generische Verordnung auch bei der Substanz Fosinopril möglich ist.																											
Kosten pro Verordnung in € pro Bundesland im Zeitraum von Dezember 2009 bis Februar 2010:																											
<table border="1"> <caption>Kosten pro Verordnung (in €)</caption> <thead> <tr> <th>Bundesland</th> <th>Kosten (€)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KTN</td> <td>9,42</td> </tr> <tr> <td>W</td> <td>9,22</td> </tr> <tr> <td>NÖ</td> <td>9,19</td> </tr> <tr> <td>BGL</td> <td>9,16</td> </tr> <tr> <td>VBG</td> <td>9,14</td> </tr> <tr> <td>T</td> <td>9,14</td> </tr> <tr> <td>STMK</td> <td>8,97</td> </tr> <tr> <td>OÖ</td> <td>8,89</td> </tr> <tr> <td>SBG</td> <td>8,42</td> </tr> <tr> <td>Österreich (Durchschnitt)</td> <td>9,14</td> </tr> </tbody> </table> <p>Datenquelle: DIKK</p>						Bundesland	Kosten (€)	KTN	9,42	W	9,22	NÖ	9,19	BGL	9,16	VBG	9,14	T	9,14	STMK	8,97	OÖ	8,89	SBG	8,42	Österreich (Durchschnitt)	9,14
Bundesland	Kosten (€)																										
KTN	9,42																										
W	9,22																										
NÖ	9,19																										
BGL	9,16																										
VBG	9,14																										
T	9,14																										
STMK	8,97																										
OÖ	8,89																										
SBG	8,42																										
Österreich (Durchschnitt)	9,14																										

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AB11 Valaciclovir					
Valaciclovir „Actavis“ 500 mg Filmtabl.	10 Stk.		-	6,45	19,30
	30 Stk.	-	-	13,95	59,30
	42 Stk.		-	17,95	78,75
Valaciclovir „Actavis“ 1000 mg Filmtabl.	21 Stk.	-	-	16,30	76,20
Valaciclovir „Bluefish“ 500 mg Filmtabl.	10 Stk.		-	6,45	19,30
	30 Stk.	-	-	13,95	59,30
	42 Stk.		-	17,95	78,75
Viropel 500 mg Filmtabl.	10 Stk.		-	6,45	19,30
	30 Stk.	-	-	13,95	59,30
	42 Stk.		-	17,95	78,75
Viropel 1000 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	10,50	vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	21 Stk.		-	16,30	76,20
Im Februar 2010 wurden über € 500.000,- für Valtrex mit den SV-Trägern abgerechnet. Bei einem Kostenvorteil von über 80 % bzw. € 400.000,- pro Monat sollte es nachvollziehbar sein, dass die SV-Träger auf eine generische Substitution von Valtrex drängen.					
N02 ANALGETIKA					
N02AB03 Fentanyl					
Fentanyl „1A Pharma“ 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	23,55	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Fentanyl „1A Pharma“ 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	61,50	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i> SG					
Fentanyl „Hexal“ 37,5 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	23,55	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Fentanyl „Hexal“ 150 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	(2)	61,50	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i> SG					
Das Einsparpotenzial der angeführten Generika kann nicht angegeben werden, da es sich dabei um zusätzliche Wirkstärken handelt, die vom Erstanbieter nicht angeboten werden. Somit ist eine noch individuellere Dosierung möglich.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N03 ANTIPILEPTIKA					
N03AX11 Topiramat					
Topiramat „Actavis“ 25 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	(2)	2,90	vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 18,30
	60 Stk.		(2)	8,70	
Topiramat „Actavis“ 50 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	(2)	5,15	vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 31,15
	60 Stk.		(2)	14,80	
Topiramat „Actavis“ 100 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	(2)	9,25	vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 51,50
	60 Stk.		(2)	26,25	
Topiramat „Actavis“ 200 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	(2)	16,45	vergleichbare Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 91,55
	60 Stk.		(2)	45,95	
Die Neueinstellungsrate für Topiramat liegt bei ca. 12 % pro Quartal. Das bedeutet, dass der Generikaanteil bei Topiramat innerhalb eines Jahres nur über Neueinstellungen um 50 % erhöht werden kann. Die Nachfolger sind ohne IND-Vorgabe frei verschreibbar.					

Aufnahme kostengünstiger Biosimilars in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B03 ANTIANÄMIKA					
B03XA01 Erythropoietin					
Binocrit 20.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in einer Fertigspr.	6 Stk.	-	-	655,25	429,25
Binocrit 30.000 IE/0,75 ml Inj.lsg. in einer Fertigspr.	4 Stk.	-	-	655,25	429,25
Binocrit 40.000 IE/1 ml Inj.lsg. in einer Fertigspr.	4 Stk.	-	-	837,15	365,10

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2010)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<p>IND: Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. 					
Die zusätzlichen Wirkstärken komplettieren die Palette der Binocrit-Präparate um jene für die einmal wöchentliche Dosierung bei onkologischer Indikation.					
Eporatio 10.000 IE/1 ml Inj.Isg. in Fertigspr.	4 Stk.	-	-	229,45	210,43
Eporatio 20.000 IE/1 ml Inj.Isg. in Fertigspr.	4 Stk.	-	-	445,05	416,93
Eporatio 30.000 IE/1 ml Inj.Isg. in Fertigspr.	4 Stk.	-	-	655,25	429,25
<p>IND: Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen. - Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl). - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden. - Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn. - Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas. - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken. - Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden. 					
Die aktuelle Beurteilung der Epoetine durch die Zulassungsbehörden ist sehr kritisch und restriktiv. Dies wird auch in der IND-Regel aller ESAs abgebildet.					
Die Biosimilars haben einen großen Preisvorteil.					
Eporatio bietet eine zusätzliche Dosierungsperspektive, die der Erreichung des Therapieziels einer schrittweisen Hb-Erhöhung entgegenkommt: Die empfohlene Anfangsdosis beträgt, unabhängig vom Körpergewicht, 20.000 I.E. einmal wöchentlich und kann mit der 4-Stück-Packung von Eporatio 20.000 IE/1 ml kostengünstig umgesetzt werden.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA				
S01BA14 Loteprednol				
Lotemax 0,5 % Augentropf.susp.	5 ml	-	-	9,50

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde</i>				
S01XA20 Künstliche Tränen und andere indifferente Mittel				
Vidisic Augengel	10 g	-	-	2,90

Aufnahme kostengünstiger Biosimilars in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
B03 ANTIANÄMIKA						
B03XA01 Erythropoietin						
RE1	Eporatio 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	-	-	54,10	21,95
RE1	Eporatio 2.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	-	-	102,10	37,70
RE1	Eporatio 3.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	-	-	141,95	53,55
RE1	Eporatio 4.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	-	-	182,60	65,10
RE1	Eporatio 5.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	-	-	220,00	89,65
Symptomatische Anämie bei chronischer Niereninsuffizienz mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl. - Zielbereich: Hb-Wert zwischen 10 und 12 g/dl - Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens zweiwöchentliche Hb-Kontrollen - Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden - Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken - Cave: Auslagerung aus dem intramuralen Bereich (Dialyseabkommen!)						
Mit Eporatio (und auch mit Retacrit) kann ab sofort auch der Prädialysepatient mit renaler Anämie mit einem Biosimilar eines ESAs subcutan therapiert werden. Für die SV-Träger ist dies mit einem großen Kostenvorteil verbunden.						

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BH03 Saxagliptin					
RE1	Onglyza 5 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	27,15
L6		28 Stk.	-	-	52,65

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2010)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Onglyza hat nur als Second-line-Therapie: <ul style="list-style-type: none"> - als Kombinationstherapie mit Metformin oder - als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder – Kontraindikation) - als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin- und Sulfonylharnstoff-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation zu erfolgen - Onglyza darf nicht mit Insulin kombiniert werden - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen - Onglyza eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6) 					
Saxagliptin ist nach Sitagliptin und Vildagliptin ein weiterer Dipeptidylpeptidase-IV-Inhibitor (DPP-IV-Blocker, Gliptin).					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB05 Certolizumab pegol					
RE1 L3	Cimzia 200 mg Inj.lsg.	2 Stk.	-	-	970,15
<p>Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss.</p> <p>Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Certolizumab pegol in Kombination mit Methotrexat angewendet. Certolizumab pegol kann im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Cimzia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).</p>					
L04AB06 Golimumab					
RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	-	-	1.111,00
RE1	Simponi 50 mg Inj.lsg. in vorgefülltem Injektor	1 Stk.	-	-	1.111,00
<p>1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) bei Erwachsenen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p>					
V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL					
V03AE02 Sevelamer					
RE2	Renvela 2,4 g Plv. z. Herst. einer Susp. zum Einnehmen	60 Stk.	-	-	214,00

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Hyperphosphataemie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind					
RE2	Renvela 800 mg Filmtabl.	180 Stk.	-	-	214,00
Hyperphosphataemie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn frei verschreibbare Therapiealternativen versagt haben bzw. kontraindiziert sind					
Renvela wird das derzeit im EKO angeführte Renagel ersetzen. Mit dem Pulver zur Herstellung einer Suspension wird eine zusätzliche Darreichungsform angeboten. Renvela ist auch in der Indikation Peritonealdialyse zugelassen.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Agilan Tropf.	15 ml 50 ml	C01CA51	01.06.2010
Azithromycin „Hexal“ 500 mg Filmtabl.	3 Stk.	J01FA10	01.06.2010
Betamed Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AA	01.06.2010
Carvedilol „ratiopharm“ 6,25 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.06.2010
Carvedilol „ratiopharm“ 12,5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.06.2010
Carvedilol „ratiopharm“ 25 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	C07AG02	01.06.2010
Cevitol 500 mg Amp.	5 Stk.	A11GA01	01.06.2010
Cevitol 1000 mg Amp.	5 Stk.	A11GA01	01.06.2010
Erystad 500 mg Filmtabl.	12 Stk.	J01FA01	03.05.2010
Farlital 100 mg Tabl.	100 Stk.	L02AB02	01.06.2010
Fosinopril/HCT „Interpharm“ 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	C09BA09	01.06.2010
Glimestad 6 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.06.2010
Hepavit 500 mcg Amp.	5 Stk.	B03BA03	01.06.2010
Hepavit 1000 mcg Amp.	3 Stk.	B03BA03	01.06.2010
Hepavit 2500 mcg Amp.	2 Stk.	B03BA03	01.06.2010
Insuman Comb 25 – 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl.	5 Stk.	A10AD01	01.06.2010
Magnesium Gluconicum LH-Amp.	5 Stk.	A12CC03	01.06.2010
Multivit B-Amp.	5 Stk.	A11EA	01.06.2010
Multivit B-Amp. forte	5 Stk.	A11EA	01.06.2010
Na. chlorat. physiolog. „Fresenius“ Inf.fl. 250 ml	1 Stk.	B05BB01	01.06.2010
Na. chlorat. physiolog. „Fresenius“ Inf.fl. 250 ml	10 Stk.	B05BB01	01.06.2010

Na. chlorat. physiolog. „Fresenius“ Inf.fl. 500 ml	1 Stk.	B05BB01	01.06.2010
Natriumvalproat „ratiopharm“ retard 300 mg Filmtabl.	60 Stk.	N03AG01	01.06.2010
Natriumvalproat „ratiopharm“ retard 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	N03AG01	01.06.2010
Pilka Tropf.	20 g	R05CA10	01.06.2010
Profenid 2,5 % Gel	40 g	M02AA10	01.06.2010

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10AB04 Insulin lispro				
Humalog 100 E/ml KwikPen Injektionslg.	5 Stk.	-	(2)	43,40
A10AD04 Insulin lispro				
HumalogMix 25 100 E/ml KwikPen Injektionssusp.	5 Stk.	-	(2)	43,40
HumalogMix 50 100 E/ml KwikPen Injektionssusp.	5 Stk.	-	(2)	43,40
Die sonstigen im EKO angeführten Humalog-Präparate bleiben nach wie vor verfügbar.				
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AC17 Fluticason				
Cutivate 0,005 % Salbe	30 g	-	-	5,70
Cutivate 0,05 % Creme	30 g	-	-	5,70
Die 15 g-Packungen sind per 1.6. aus dem EKO gestrichen.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05BA05 Dikaliumclorazepat				
Tranxilium 5 mg Kaps.	20 Stk.	-	(2)	2,05
Die 50 St.-Packung ist per 1.6. aus dem EKO gestrichen.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BD07 Metformin und Sitagliptin				
RE1 L6 Janumet 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	52,65
RE1 L6 Janumet 50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	52,65

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Janumet hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> - 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 einem Glitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann - als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Janumet eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
RE1 L6	Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	52,65
RE1 L6	Velmetia 50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	52,65
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Velmetia hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> - 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 einem Glitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann - als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Velmetia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
A10BH01 Sitagliptin					
RE1 L6	Januvia 100 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	52,65
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Januvia 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 - 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. einem Glitazon nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann oder - als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Januvia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA07 Rosuvastatin					
RE2	Crestor 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	29,85
<ul style="list-style-type: none"> - Eine Kostenübernahme ist möglich bei nachgewiesener und dokumentierter Unverträglichkeit von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) und/oder wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (Statine) kein ausreichender Therapieerfolg (LDL-Zielwert 100 mg/dl) erzielt werden kann. - Kontraindiziert bei PatientInnen, die gleichzeitig Cyclosporin einnehmen (Erlass des BMGF GZ: 21.420/104-III/A/6/04) 					
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX05 Omalizumab					
RE1 L6	Xolair 150 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	412,25
<p>Als Zusatztherapie bei Erwachsenen, Jugendlichen (ab 12 Jahren) mit schwerem persistierendem allergischem Asthma, die einen positiven Hauttest oder in vitro Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen und sowohl eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 < 80 %) haben als auch unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden und trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Kortikosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten mehrfach dokumentierte, schwere Asthma-Exazerbationen, welche eine Behandlung mit systemischen Kortikosteroiden 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 > 76 IU/ml vorliegt.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch den Facharzt/die Fachärztin für Pulmologie.</p> <p>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.</p> <p>Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen (L6).</p> <p>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> <p>Hinweis: In klinischen Studien wurde eine erhöhte Inzidenz maligner Neoplasien unter Therapie mit Xolair beobachtet. Weitere Daten zur Langzeitsicherheit stehen noch aus.</p> <p>Die Forderung des PatientInnen-Fragebogens (Mini-AQL) ist nunmehr entfallen, die Vorlage des GETE bleibt aufrecht.</p>					

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN					
B05BA03 Kohlenhydrate					
RE2	Glucose 5 % "Fresenius" Plastikinf.fl. 500 ml	10 Stk.	-	-	9,30

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht möglich ist.				
Die 1-Stk.-Packung (aus dem Grünen Bereich) ist nicht mehr erhältlich.				

Änderungen der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A03 MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN				
A03BB01 Butylscopolamin				
Buscapina 20 mg/1 ml Amp <i>vormals Buscopan 20 mg/1 ml Amp.</i>	5 Stk.	-	-	3,45
A06 LAXANZIEN				
A06AD11 Lactulose				
Lactulose“Arcana“ Sirup <i>vormals Lactulose „Arcana“ Konz. orale Lsg.</i>	200 ml 500 ml	-	(2) -	3,10 7,30
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AK06 Salmeterol und andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen				
Seretide levis 25/50 mcg/Sprühstoß Druckgasinhalation <i>vormals Seretide junior 25/50 mcg/Sprühstoß Dosieraerosol</i>	1 Stk. 120 Hübe	-	-	37,55
Seretide Diskus levis 50/100 mcg einzeldosiertes Plv. z. Inh. <i>vormals Seretide Diskus junior 50/100 mcg Plv. z. Inh.</i>	60 Stk.	-	(2)	39,05

Änderung von ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD06 Von-Willebrand-Faktor und Gerinnungsfaktor VIII in Kombination <i>(vormals B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII)</i>					
RE1	Immunate 500 I.E. Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.	5 ml	-	-	327,55
RE1	Immunate 1000 I.E. Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.	10 ml	-	-	624,75
Eine Kostenübernahme ist möglich in den Indikationen angeborener Faktor VIII Mangel (Hämophilie A) und erworbener Faktor VIII Mangel sowie von Willebrand-Jürgens-Syndrom mit Faktor VIII Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					

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