THERAPIE-TIPPS

www.noegkk.at

NÖGKK
NÖ Gebietskrankenkasse
Wir vorsorgen Sie!

Nr. 86 / November 2010

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2010

Informationsstand November 2010

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BX02 Repaglinid					
Repaglinid „ratiopharm“ 0,5 mg Tabl.	30 Stk. 90 Stk.	-	- (2)	4,10 12,05	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **10,40**
Repaglinid „ratiopharm“ 1 mg Tabl.	90 Stk.	-	(2)	12,40	**10,70**
Repaglinid „ratiopharm“ 2 mg Tabl.	90 Stk.	-	(2)	12,95	**11,10**
Erstmals ist der Wirkstoff Repaglinid (Erstanbieter Novonorm) generisch verfügbar. Das Einsparungspotenzial ist österreichweit enorm: Berechnet anhand der Verordnungen des 1. Halbjahres 2010 beträgt es rund € 987.000,- pro Jahr. Im Vergleich der Verordnungszahlen der einzelnen Wirkstoffstärken ist das Einsparungspotenzial bei der 2 mg-Dosierung am größten.					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02AE02 Leuprorelin					
Leuprorelin „Sandoz“ 5 mg – Implantat für 3 Monate	1 Stk.	-	-	219,75	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**
IND: *Prostatakarzinom*					

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

./2

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
V01 ALLERGENE				
V01AA02 Gräserpollen				
Oralair 100 IR+300 IR Sublingualtabl.	31 Stk.	-	-	**91,70**
Oralair 300 IR Sublingualtabl.	30 Stk.	-	(2)	**91,70**
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Lungenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinderheilkunde und Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten				
Mit Oralair ist nun die zweite orale Behandlungsmöglichkeit von Gräserpollenallergien im Erstattungskodex enthalten. Es besteht aus fünf Gräserpollenallergenextrakten: Knäuelgras, gewöhnlichem Ruchgras, deutschem Weidelgras, Wiesenrispengras und Wiesenlieschgras.				

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
D05 ANTIPSORIATIKA					
D05AX52 Calcipotriol, Kombinationen					
RE1	**Xamiol 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel**	30 g	-	-	**28,90**
Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZU SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AE03 Ritonavir					
RE2	**Norvir 100 mg Filmtabl.**	30 Stk.	-	-	**45,75**
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab 2 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige –kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen					
Die Norvir Weichkapseln wurden durch Filmtabletten ausgetauscht, bei denen die gekühlte Lagerung nicht mehr notwendig ist.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC05 Ustekinumab					
RE1	**Stelara 45 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	1 Stk.	-	-	**3.210,70**
Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Diagnosestellung, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Stelara darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. Die PatientInnen sollen in ein entsprechendes Register aufgenommen werden.					
RE1	**Stelara 90 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	1 Stk.	-	-	**3.847,85**
Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Cyclosporin, Methotrexat oder PUVA. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben. Diagnosestellung, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Stelara darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. Die PatientInnen sollen in ein entsprechendes Register aufgenommen werden.					
Statt der Durchstichflaschen steht Stelara nun als Fertigspritze in zwei Wirkstoffstärken zur Verfügung. **Bitte beachten Sie, dass die Dosierung zu 45 mg auch bei PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg wirksam und deutlich kostengünstiger ist, sodass bei Einhaltung der Richtlinie über die ökonomische Verschreibweise erst bei mangelnder Wirksamkeit der 45 mg-Dosierung eine Bewilligung von 90 mg möglich ist!**					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Alfuzosin „Arcana“ retard 10 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	G04CA01	01.11.2010
Clarithromycin "Ranbaxy" 125 mg/5 ml Gran. z. Herst. einer Susp. z. Einnehmen	70 ml	J01FA09	14.10.2010
Clysmol salinischer Einlauf	125 ml 1250 ml	A06AG01	01.11.2010
Fluanxol Depot 40 mg Inj.lsg.	1 Stk.	N05AF01	01.11.2010
Glimepirid „Merck“ 1 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.11.2010
Insuman Basal 100 IE/ml Injektionssusp. in einer Dstfl.	5 Stk.	A10AC01	01.11.2010

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Neutronorm retard 350 mg Tabl.	50 Stk.	A02BA01	01.11.2010
Norvir 100 mg Weichkaps.	84 Stk.	J05AE03	01.11.2010
Prednitop Creme	15 g 30 g	D07AC18	01.11.2010
Prednitop Salbe	15 g 30 g	D07AC18	01.11.2010
Ramipril "Ranbaxy" 2,5 mg Filmtabl.	20 Stk. 30 Stk.	C09AA05	29.09.2010
Stelara 45 mg Inj.lsg.	1 Stk.	L04AC05	01.11.2010

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BA04 Alendronsäure				
Alendronsäure "Interpharm" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. **Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Viatris" Kautabl. 56 Stk.**	4 Stk.	-	(2)	**14,00**

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AE03 Ketoprofen				
Profenid 50 mg Kaps.	30 Stk.	SJ	(2)	**3,35**
Streichung der 50 Stk.-Packung				

Übernahme vom Gelben in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07AB02 Metoprolol				
Metohexal retard 23,75 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	-	(2) -	**0,50** **0,95**

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10AB01 Insulin (human)				
Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Patronen *vormals Huminsulin "Lilly" Normal 100 IE/ml Zylinderamp.*	5 Stk.	-	(2)	**35,85**
A10AC01 Insulin (human)				
Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Dstfl. *vormals Huminsulin "Lilly" Basal (NPH) 100 IE/ml Dstfl.*	2 Stk.	-	(2)	**43,25**
Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Patronen *vormals Huminsulin "Lilly" Basal 100 IE/ml Zylinderamp.*	5 Stk.	-	(2)	**35,85**
A10AD01 Insulin (human)				
Huminsulin "Lilly"Profil III 100 IE/ml Patronen *vormals Huminsulin "Lilly"Profil III 100 IE/ml Zylinderamp.*	5 Stk.	-	(2)	**35,85**
R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE				
R05DA04 Codein				
Codipertussin 230 mg/100 ml Hustensaft *vormals Codipertussin Hustensaft*	100 ml	-	-	**3,80**
F14				
Codipertussin 697 mg/100 ml Konzentrat Tropf. *vormals Codipertussin Konzentrat Tropf.*	33 ml	-	-	**2,85**

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