

Nr. 133 / September 2015

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2015

Informationsstand August 2015

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BB09 Gliclazid					
Gliclazid "Stada" 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	T2	-	3,50	15,20 (Erstanbieter nicht im EKO) Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.		-	7,00	
N03 ANTIPILEPTIKA					
N03AX14 Levetiracetam					
Levetiracetam "+pharma" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	23,20	21,15 Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.		-	32,10	
Levetiracetam "+pharma" 1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	38,40	39,95 Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.		-	52,60	
Frei verschreibbar für Fachärzte/FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie (N)					
N03AX16 Pregabalin					
Pregabalin "Krka" 25 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	2,20	3,80
	20 Stk.		-	3,10	5,70
	60 Stk.		-	9,35	13,82
	90 Stk.		-	13,65	20,36
Pregabalin "Krka" 50 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	5,20	8,89
	90 Stk.		-	22,00	32,92

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2015)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Pregabalin "Krka" 75 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	5,45	8,90
	60 Stk.	-	-	22,00	32,92
Pregabalin "Krka" 100 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	7,40	13,38
	90 Stk.	-	-	30,65	48,19
Pregabalin "Krka" 150 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	7,80	13,45
	60 Stk.	-	-	30,65	48,19
Pregabalin "Krka" 200 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	10,85	19,76
	90 Stk.	-	-	44,75	72,23
Pregabalin "Krka" 300 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	11,45	19,80
	60 Stk.	-	-	44,90	72,44

Pro Quartal wird Lyrica über 50.000 mal mit einem Kassenaufwand von über € 4 Mio. verordnet, wobei der Trend unverändert auf steigende Verordnungszahlen weist. Pregabalin Krka als erstem Nachfolgepräparat zu Lyrica eröffnet mit einem deutlichen Preisvorteil und dem Wegfall der Vorbewilligungspflicht eine neue Perspektive für Verordner und SV-Träger.

N04 ANTIPARKINSONMITTEL

N04BC05 Pramipexol

Pramipexol "Sandoz" 0,26 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	6,20	4,55
Pramipexol "Sandoz" 0,52 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	10,10	7,55
	30 Stk.	-	-	28,65	20,65
Pramipexol "Sandoz" 1,05 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	16,75	11,55
	30 Stk.	-	-	46,75	30,95
Pramipexol "Sandoz" 2,1 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	27,00	18,80
	30 Stk.	-	-	76,65	47,80
Pramipexol "Sandoz" 3,15 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	-	99,40	61,10

Bei einem Aufwand von ca. € 1,5 Mio. im 1. Quartal 2015 für Sifrol retard sollte der angeführte Preisvorteil des 4. Generikums Motivation sein, die kostengünstigeren Alternativen zu bevorzugen.

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AD02 Tacrolimus				
Envarsus 0,75 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(2)	59,55
Envarsus 1 mg Retardtabl.	60 Stk.	-	(2)	133,40
Envarsus 4 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(2)	173,45

IND: nach Organtransplantationen

Envarsus wurde von der EMA auf Basis von klinischen Vergleichsstudien mit Advagraf und Prograf zugelassen, die eine vergleichbare Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit von Envarsus gezeigt haben. Die Monatstherapiekosten sind allerdings deutlich niedriger als bei Advagraf oder Prograf.

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL						
V03AE02 Sevelamer						
RE2	Sevelamercarbonat "Stada" 800 mg Filmtabl.	180 Stk.	-	-	123,00	91,00
Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.						
RE2	Sevelamercarbonat "Zentiva" 800 mg Filmtabl.	180 Stk.	-	-	123,00	91,00
Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE, ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.						
Sevelamercarbonat Zentiva und Stada sind die ersten Nachfolgepräparate zu Renvela.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AX65 Sofosbuvir und Ledipasvir					
RE1	Harvoni 90 mg/400 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	15.956,00
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score). Genotyp 1: - bei therapienaiven PatientInnen ohne Zirrhose für 8 Wochen - bei vorbehandelten PatientInnen oder/und kompensierter Zirrhose für 12 Wochen Genotyp 4: - ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen PatientInnen, die mit Sofosbuvir/Ledipasvir behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen. Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird nach Anhörung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31. Juli 2016.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE27 Ibrutinib					
RE1	Imbruvica 140 mg Hartkaps.	90 Stk.	-	-	5.855,50
		120 Stk.	-	-	7.799,15
<p>1. Bei erwachsenen PatientInnen mit rezidivierender oder refraktärer chronischer lymphatischer Leukämie (CLL), die mindestens eine Vortherapie erhalten haben und die für eine Chemotherapie nicht geeignet sind.</p> <p>2. Bei erwachsenen PatientInnen mit CLL als Erstlinientherapie, die aufgrund einer 17p Deletion oder einer TP53 Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</p> <p>3. Bei erwachsenen PatientInnen mit rezidivierendem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL). Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämatoonkologisch spezialisierte(n) Facharzt/Fachärztin.</p>					
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AB13 Peginterferon beta-1a					
RE1	Plegridy 63 mcg und 94 mcg Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	-	-	876,65
RE1	Plegridy 63 mcg und 94 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	876,65
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,0. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
RE1 L12	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigpen	2 Stk.	-	-	876,65
RE1 L12	Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	876,65
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: Zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,0. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Peginterferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Peginterferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA31 Teriflunomid					
RE1 L6	Aubagio 14 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	406,85
		28 Stk.	-	-	789,05

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose mit mild aktivem Verlauf, wenn therapeutische Alternativen nicht vertragen wurden. Kriterien bei der Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Teriflunomid behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Teriflunomid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07XX09 Dimethyl fumarat					
RE1	Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	-	305,35
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und – EDSS kleiner gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
RE1 L6	Tecfidera 240 mg magensaftresistente Hartkaps.	56 Stk.	-	-	1.143,60
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: – Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und – EDSS kleiner gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Dimethylfumarat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Anapen 300 mcg in 0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	C01CA24	01.08.2015
Anapen Junior 150 mcg in 0,3 ml Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	C01CA24	01.08.2015
DHE "ratiopharm" 2,5 mg Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C04AE	01.08.2015
DiclacHexal retard 150 mg Tabl.	14 Stk.	M01AB05	01.08.2015

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Glucobene 1,75 mg Tabl.	30 Stk. 120 Stk.	A10BB01	01.08.2015
Glucobene 3,5 mg Tabl.	30 Stk. 120 Stk.	A10BB01	01.08.2015
Lamotrigin "Allen" 5 mg lösl. Tabl.	30 Stk.	N03AX09	01.08.2015
Lamotrigin "Allen" 25 mg lösl. Tabl.	30 Stk.	N03AX09	01.08.2015
Lamotrigin "Allen" 50 mg lösl. Tabl.	30 Stk.	N03AX09	01.08.2015
Lamotrigin "Allen" 100 mg lösl. Tabl.	50 Stk.	N03AX09	01.08.2015
Lamotrigin "Allen" 200 mg lösl. Tabl.	50 Stk.	N03AB09	01.08.2015
Mefenabene 250 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	M01AG01	01.08.2015
Mitomycin C "Kyowa" 10 mg Trockenstechamp.	1 Stk. 5 Stk.	L01DC03	01.08.2015
Motilium 30 mg Supp.	6 Stk.	A03FA03	12.06.2015
Norfloxacin "ratiopharm" 400 mg Filmtabl.	10 Stk. 20 Stk.	J01MA06	01.08.2015
Olanzapin "Sandoz" 7,5 mg Filmtabl.	7 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.08.2015
Sali-Aldopur Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C03EA13	29.06.2015
Sotamed 80 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AA07	29.06.2015
SucraMed 1000 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BX02	24.06.2015

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AX15 Sofosbuvir					
RE1	Sovaldi 400 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	14.224,35
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Genotyp 1, 3, 4, 5 oder 6: in Kombination mit Peginterferon alfa und Ribavirin für 12 Wochen – Genotyp 2: in Kombination mit Ribavirin für 12 Wochen <p>PatientInnen, die mit Sofosbuvir behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das Hepatitis C Register des Hauptverbandes aufzunehmen.</p> <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Gastroenterologie und Hepatologie oder Infektiologie und Tropenmedizin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen.</p> <p>Spezialisierte Zentren sind solche, in denen Diagnosestellung, Kontrollen und Therapieüberwachung dieser PatientInnen mit chronischer Hepatitis C erfolgen und die über die Möglichkeit eines diagnostischen Nachweises des Fibrosegrades verfügen.</p> <p>Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird nach Anhörung der Österreichischen Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie vom Hauptverband erstellt und unter www.hauptverband.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31. Juli 2016.</p>					
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AB07 Interferon beta-1a					
RE1 L12	Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigpen	4 Stk.	-	-	840,30
RE1 L12	Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.	4 Stk.	-	-	840,30
RE1 L12	Avonex 30 mcg/1 ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (Bio-Set)	4 Stk.	-	-	840,30
<p>Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose.</p> <p>Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5.</p> <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>Schulung der PatientInnen in der Applikationstechnik.</p> <p>PatientInnen, die mit Interferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>Interferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>					

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE					
J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung					
RE1	Gammanorm 165 mg/ml Inj.lsg.	10 Stk. (6 ml)		-	429,90
		1 Stk. (10 ml)		-	86,75
		10 Stk. (10 ml)	-	-	700,00
		20 Stk. (10 ml)		-	1.375,35
		10 Stk. (20 ml)		-	1.375,35
		1 Stk. (48 ml)		-	353,85
		Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.			
Aufnahme weiterer Packungsgrößen – 1 Stk. (48 ml) und 10 Stk. (6 ml)					

Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA					
N02CA01 Dihydroergotamin (vormals C04AE)					
Dihydergot 2,5 mg Tabl.		20 Stk.	-	(2)	3,90
		50 Stk.		(2)	8,05

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2015

Informationsstand Juli 2015

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX12 Aripiprazol					
Aripiprazol "Krka" 10 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	38,35	33,15
	30 Stk.		(2)	76,80	57,72

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2015)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Aripiprazol "Krka" 15 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	38,35	33,15
	30 Stk.	-	(2)	76,80	57,72
Aripiprazol "Krka" 30 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	38,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	(2)	76,80	154,77 (Wirkstoffstärke nicht im EKO)

Nachdem die atypischen Antipsychotika mit den Wirkstoffen Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon und Risperidon bereits seit längerem generisch verfügbar sind und deren durchschnittliche Monatstherapiekosten bei ca. € 41,- liegen, ist auch für Aripiprazol ein Nachfolgepräparat im EKO. Mit der 30 mg-Form steht auch eine zusätzliche Wirkstärke im EKO zur Verfügung, wobei laut Fachinformation einzelne Patienten von einer höheren Dosis als 10 mg bis 15 mg profitieren können.

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AL05 Formoterol und Acclidiniumbromid				
Brimica Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inhal.	60 Hb	-	(2)	57,65
<i>IND: COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i>				
Duaklir Genuair 340 mcg/12 mcg Plv. zur Inhal.	60 Hb	-	(2)	57,65
<i>IND: COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i>				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL					
A16AX06 Miglustat					
RE1 L6 Miglustat "G.L." 100 mg Hartkaps.	84 Stk.	-	-	3.795,35	3.480,65

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<p>Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer leichten bis mittelschweren Form des Morbus Gaucher Typ I.</p> <p>Miglustat darf nur zur Behandlung von PatientInnen verwendet werden, für die eine Enzymsubstitutionstherapie nicht in Frage kommt.</p> <p>Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen.</p> <p>Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen.</p> <p>Miglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII					
RE1	Nuwiq 250 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	192,40
RE1	Nuwiq 500 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	365,70
RE1	Nuwiq 1000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	694,65
RE1	Nuwiq 2000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	1.364,65
<p>Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A).</p> <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.</p> <p>Der Preisvorteil gegenüber Advate beträgt rund 15 %.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Anastrozol "Kabi" 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BG03	01.07.2015
Bicalutamid "Kabi" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.07.2015
Candesartan "Arcana" 4 mg Tabl.	30 Stk.	C09CA06	01.07.2015
Candesartan "Arcana" 8 mg Tabl.	30 Stk.	C09CA06	01.07.2015
Candesartan "Arcana" 16 mg Tabl.	30 Stk.	C09CA06	01.07.2015
Candesartan "Arcana" 32 mg Tabl.	30 Stk.	C09CA06	01.07.2015
Desloratadin "ratiopharm" 5 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.07.2015

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Epilexan 250 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	17.06.2015
Epilexan 500 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	17.06.2015
Epilexan 1000 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	17.06.2015
Helixate NexGen 3000 IE Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD02	01.07.2015
Ludiomil Amp.	10 Stk.	N06AA21	01.07.2015
MicardisPlus 40 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA07	01.07.2015
MicardisPlus 80 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA07	01.07.2015
MicardisPlus 80 mg/25 mg Tabl.	28 Stk.	C09DA07	01.07.2015
Ein Jahr nach generischer Verfügbarkeit der Substanzkombination und einem Preisvorteil der Generika von bis zu 66 % sollte Micardis Plus nicht mehr verschrieben werden.			
Nasonex aquosum Nasenspray	18 g	R01AD09	01.07.2015
Rasilamlo 150 mg/5 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09XA53	01.07.2015
Rasilamlo 150 mg/10 mg Filmtabl.	28 Stk.	C09XA53	01.07.2015
Vesanoid 10 mg Kaps.	100 Stk.	L01XX14	01.07.2015
Zovirax 3 % Augensalbe	4,5 g	S01AD03	01.07.2015

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Übernahme aus dem Gelben Bereich):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A01 STOMATOLOGIKA				
A01AC01 Triamcinolon				
Volon A Haftsalbe	10 g	-	-	3,80
frei verschreibbar				
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01BA01 Methotrexat				
Methotrexat "Lederle" 25 mg Stechamp.	1 Stk.	-	-	4,55
frei verschreibbar				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC01 Omeprazol				
Omepralan 20 mg Kaps.	14 Stk.	-	-	7,10
	28 Stk.	-	-	11,75
Streichung der 7 Stk.-Packung				
A02BC02 Pantoprazol				
Pantoprazol "G.L." 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	2,45
	30 Stk.	-	-	5,25
Streichung der 7 Stk.-Packung				

Aufnahme in das Verzeichnis der Stoffe für magistrale Zubereitungen, die nur mit vorheriger chef(kontroll)ärztlicher Bewilligung abgegeben werden können:

Carbomer 974P

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

Anisspiritus (3 ‰)

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

Bitterorangenwein
Chinawein
Kondurangowein
Süßwein

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