



Therapie-Tipps

Neu im EKO

Sammelband November 2015, Dezember 2015, Jänner 2016



Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Jänner 2016	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab Dezember 2015	Seite 8
Änderungen im Erstattungskodex ab November 2015	Seite 12

Impressum

Herausgeber:

WGKK in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien

Kontakt:

Mag.^a Eva Maria Berthold,
Medizinische Behandlungsökonomie,
Telefon: +43 1 601 22-2234,
E-Mail: eva-maria.berthold@wgkk.at

Druck:

Wiener Gebietskrankenkasse
Alle: 1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: Shutterstock und WGKK

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der WGKK gestattet

Offenlegung (§ 25 Mediengesetz):

Medieninhaber ist die Wiener Gebietskrankenkasse
1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:

Fach- und Informationsblatt für die

Vertragsärztinnen/-ärzte der Wiener Gebietskrankenkasse

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor Ihnen liegt die 4. Druckausgabe der Therapietipps, in denen wir Ihnen wieder die etwa 60 Seiten umfassenden Änderungen im EKO des Jahres 2015 zusammengefasst haben.

Neue teure Medikamente sind auf den Markt gekommen (Sivextro, Cosentyx), für andere bereits bekannte Medikamente wurden die Erstattungsbedingungen (Zavesca) oder die Zusammensetzung (Atozet) geändert.

Komplettiert wird diese Zusammenfassung durch Medikamente, die generisch verfügbar wurden.

Dies ist sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch das Gesundheitssystem wichtig, da kostengünstige Generika die Finanzierung teurer Innovationen ermöglichen. Die höchsten Kostensteigerungsraten wurden bei den Medikamentenpackungen mit einem KVP von über 700 EUR pro Packung verzeichnet.

Diese Herausforderung wird auch im Jahr 2016 unser ständiger Begleiter sein. Um eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen, benötigen wir dringend Ihre Unterstützung dahingehend, bei der Verschreibung noch vermehrt auf kostengünstige Alternativen zu achten. Alles Gute im Neuen Jahr wünscht Ihnen

Mit freundlichen Grüßen

Mag.^a pharm. Eva Maria Berthold
Medizinische Behandlungsökonomie

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2016

Informationsstand Jänner 2016

ROT

→

GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C03 DIURETIKA					
C03DA04 Eplerenon					
Eplerenon „Actavis“ 25 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	10,15	5,80
	30 Stk.	-	-	28,85	15,70
50 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	10,15	5,80
	30 Stk.	-	-	28,85	15,70
<i>IND: Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde</i>					
Im 1. Halbjahr 2015 erhielten 52.065 Patienten/innen eine Therapie mit Spironolacton und 7.744 ein Eplerenon-Präparat. Entsprechend den ESC- oder AHA-Leitlinien sollen alle Patienten/innen, die nach einer Therapie mit ACE-Hemmer und Betablocker noch Zeichen einer Herzinsuffizienz zeigen, Spironolacton oder Eplerenon erhalten.					
C08 CALCIUMKANALBLOCKER					
C08CA01 Amlodipin					
Amlodipin Besilat „Stada“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	4,05	0,87
10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	4,05	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Amlodipin-Präparate liegen unter der Selbstbehaltsgrenze. Amlodipin G.L. und Amlodipin Sandoz kosten ca. doppelt so viel. Aufgrund laufender Verfahren sollten diese Präparate nicht mehr auf Kosten der Kasse verordnet werden. Es stehen 14 kostengünstigere Alternativpräparate zur Verfügung.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09BB02 Enalapril und Lercanidipin					
Enalapril/Lercanidipin „ratiopharm“ 10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	4,89
20 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,60	6,24
10 % beträgt der Marktanteil des ersten Nachfolgepräparates Enalapril/Lercanidipin Krka im Oktober 2015. Mit der Verfügbarkeit des angeführten zweiten Nachfolgepräparates sollte sich der Generikaanteil deutlich steigern lassen.					
N02 ANALGETIKA					
N02AX02 Tramadol					
Tramabene 50 mg Kaps.	10 Stk.	-	(2)	1,15	1,40
	30 Stk.	-	(2)	3,45	2,95
N03 ANTIEPILEPTIKA					
N03AX16 Pregabalin					
Pregabalin „Sandoz GmbH“ 25 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	1,35	2,85
	56 Stk.	-	-	5,50	10,55 Erstanbieter in RE1
50 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	3,25	6,95
	84 Stk.	-	-	12,70	25,90 Erstanbieter in RE1

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2016)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
75 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	3,25	6,95
	56 Stk.	-	-	12,70	25,90 Erstanbieter in RE1
100 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	5,45	9,65
	84 Stk.	-	-	20,50	35,65 Erstanbieter in RE1
150 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	5,45	9,70
	56 Stk.	-	-	20,50	35,90 Erstanbieter in RE1
200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	8,60	13,70
	84 Stk.	-	-	31,80	48,00 Erstanbieter in RE1
300 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	8,60	13,75
	56 Stk.	-	-	31,80	48,25 Erstanbieter in RE1
Mit Pregabalin Sandoz steht das vierte Nachfolgepräparat zu Lyrica im EKO und der Preisvorteil ist beträchtlich.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH04 Quetiapin					
Quetiapin „Stada“ 50 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,05	0,70
	30 Stk.	-	-	3,65	4,55
200 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,75	4,95
	30 Stk.	-	(2)	9,90	20,45
300 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	7,75	8,05
	60 Stk.	-	-	25,85	57,40
400 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	9,60	11,10
	60 Stk.	-	-	31,25	79,80
Quetiapin Stada ist das fünfte Nachfolgepräparat zu Seroquel XR. Mit Hinweis auf den Preisvorteil und die RöV sind die Generika bevorzugt zu verordnen.					
N05AX12 Aripiprazol					
Aripiprazol „easypharm“ 10 mg Tabl.	10 Stk.	-	-	21,35	20,16
	30 Stk.	-	(2)	60,65	37,84
15 mg Tabl.	10 Stk.	-	-	21,35	20,16
	30 Stk.	-	(2)	60,65	37,84
Steigende Verordnungszahlen im Jahr 2015 (+ 6 % bis inkl. Okt.) weisen auf eine hohe Akzeptanz der Substanz hin und rückläufige Verordnungszahlen von Abilify auf ein kostenbewusstes Ordnungsverhalten der/die Vertragspartner/innen.					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06 AB10 Escitalopram					
Escitalopram „Bluefish“ 5 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	2,35	0,60
	28 Stk.	-	-	4,65	1,20
10 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	T2	3,90	1,00
	28 Stk.	-	T2	7,75	1,85
Escitalopram „Bluefish“ ist eine weitere kostengünstige therapeutische Alternative.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01EC04 Brinzolamid					
Brinzolamid „Stada“ 10 mg/ml Augentropfensusp.	5 ml 1 ml= 32 Tr	-	(2)	6,05	3,50
Brinzolamid „Stada“ ist das zweite Nachfolgepräparat zu Azopt und der Preisvorteil daher hoch.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2016)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01DD13 Cefpodoxim				
Biocef 40 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	100 ml 200 ml	- -	- -	9,05 17,25
F2J für die 100 ml-Pkg. (frei verschreibbar für Kinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr) bzw. F6J für die 200 ml-Pkg. (frei verschreibbar für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr)				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01XX11 Tedizolid				
RE1 Sivextro 200 mg Filmtabl.	6 Stk.	-	-	1.100,65
Als Reserveantibiotikum bei nachgewiesenen akuten bakteriellen Haut- und Weichgewebeeinfektionen bei Erwachsenen mit Tedizolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Nur im Anschluss an eine im stationären Bereich begonnene Therapie, ein Keimnachweis ist vorzulegen.				
Entsprechend der Zulassung beträgt die empfohlene Dosierung 200 mg einmal täglich über 6 Tage. Die Sicherheit und Wirksamkeit von Tedizolidphosphat bei einer Anwendung über mehr als 6 Tage ist bei Patienten/innen nicht erwiesen und mit einer deutlich erhöhten Nebenwirkungsrate verbunden.				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Adalat 2-Phasen 20 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C08CA05	01.01.2016
Ciscutan 20 mg Kaps.	100 Stk.	D10BA01	01.01.2016
Cutivate Creme 0,05 %	30 g	D07AC17	01.01.2016
Cutivate Salbe 0,005 %	30 g	D07AC17	01.01.2016
Emovate Salbe	30 g	D07AB01	01.01.2016
Otreon 200 mg Filmtabl.	6 Stk. 14 Stk.	J01DD13	01.01.2016
Pravastatin „Ranbaxy“ 20 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA03	02.12.2015
Pravastatin „Ranbaxy“ 40 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA03	02.12.2015
Saizen 1,33 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	10 Stk.	H01AC01	01.01.2016
Vilan Amp.	10 Stk.	N02AA04	01.01.2016

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2016)

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC04 Rabeprazol				
Rabeprazol „Sandoz“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	10,80
	30 Stk.	-	(2)	16,25
Streichung der 7 Stk.-Pkg.				
C08 CALCIUMKANALBLOCKER				
C08CA13 Lercanidipin				
Lercanidipin „Sandoz“ 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	6,65
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	6,65
jeweils Streichung der 10 Stk.-Pkg.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AE04 Ziprasidon				
Zeldox 80 mg Hartkaps.	56 Stk.	-	(2)	56,55

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL					
A16AX06 Miglustat					
RE1 L6	Zavesca 100 mg Hartkaps.	84 Stk.	-	-	4.959,90
<p>Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose einer Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Miglustat darf nur zur Behandlung progressiver neurologischer Manifestationen bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen verwendet werden. Erstverordnung nur durch ein Zentrum bzw. einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Therapie der Niemann-Pick-Krankheit Typ C. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o. a. Zentrum oder den/die o. a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen. Miglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Bei Zavesca wurde die bestimmte Verwendung von M. Gaucher auf Niemann-Pick-Krankheit geändert.</p>					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AX09 Ezetimib					
RE2 L12	Ezetrol Tabl.	30 Stk.	-	-	49,90
<p>Bei PatientInnen mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie</p> <ul style="list-style-type: none"> - in Kombination mit einem Statin (ATC Code C10AA), wenn mit einer Statin-Monotherapie in maximal verträglicher Dosierung ein LDL-Zielwert von kleiner als 70 mg/dl oder (bei Nichterreicherung des LDL-Zielwerts) eine Reduktion des LDL- Cholesterins um mindestens 50 % nicht erreicht werden kann. - als Monotherapie bei nachgewiesener Kontraindikation gegenüber Statinen. <p>Änderung des LDL-Zielwerts von 100 mg/dl auf 70 mg/dl und Wegfall der Sekundärprävention.</p>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
C10BA02 Simvastatin und Ezitimib					
RE2	Inegy 10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	55,30
RE2	10 mg/20 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	62,35
Bei PatientInnen mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie, wenn mit einem Statin (ATC Code C10AA) in maximal verträglicher Dosierung ein LDL-Zielwert von kleiner als 70 mg/dl oder (bei Nichterreichung des LDL-Zielwerts) eine Reduktion des LDL-Cholesterins um mindestens 50 % nicht erreicht werden kann.					
Änderung des LDL-Zielwerts von 100 mg/dl auf 70 mg/dl und Wegfall der Sekundärprävention.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB02 Infliximab					
RE1	Remicade 100 mg Plv. f. ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	524,10
		2 Stk.	-	-	1.023,50
		3 Stk.	-	-	1.512,05
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen über 18 Jahren nur in Kombination mit Methotrexat, bei Versagen von mindestens einem anderen DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat, wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird Infliximab in Kombination mit Methotrexat angewendet. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 2. Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) bei PatientInnen 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. 3. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen über 18 Jahren in Kombination mit Methotrexat, bei Versagen von mindestens zwei anderen DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Infliximab kann im Falle einer Kontraindikation oder Unverträglichkeit von Methotrexat als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. 4. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Dermatologie. 5. Mäßig bis schwergradig aktive Form von Morbus Crohn oder Morbus Crohn mit Fistelbildung bei Versagen oder Unverträglichkeit konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. 6. Mittelschwere bis schwere Colitis ulcerosa bei Versagen oder Unverträglichkeit konventioneller medikamentöser Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. <p>Die Behandlung mit Infliximab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. Folgende Änderungen der bestimmten Verwendung wurden vorgenommen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Versagen von mindestens einem anderen (anstelle von vorher zwei) DMARD bei aktiver rheumatoider Arthritis und Ergänzung der Verabreichung in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis: Ergänzung Monotherapie bei Kontraindikation oder Unverträglichkeit von Methotrexat 3. Mäßig bis schwergradig aktive Form von Morbus Crohn anstelle von schwerer aktiver Form. 					

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab Dezember 2015 Informationsstand Dezember 2015

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BA02 Ranitidin					
Ranitidin „Accord“ 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	6,65	2,52
	60 Stk.	-	-	12,95	2,91
300 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	4,35	1,25
	30 Stk.	-	-	12,75	2,65
Ranitidin war einmal die umsatzstärkste Einzelsubstanz weltweit. Im 1. Halbjahr des heurigen Jahres wurden „nur noch“ 93.310 Packungen mit den SV-Trägern abgerechnet. Auf Grund des Preisvorteils zeigt das Ökotool Ranitidin Accord als erstgereihtes unter den Ranitidin-Präparaten an.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AE04 Ziprasidon					
Ziprasidon „Pfizer“ 20 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	28,85	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 38,20
	56 Stk.	-	(2)	55,95	
40 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	28,85	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 43,45
	56 Stk.	-	(2)	55,95	
60 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	28,85	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 44,75
	56 Stk.	-	(2)	55,95	
80 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	28,85	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 81,05
	56 Stk.	-	(2)	55,95	
Pfizer ist der Anbieter von Zeldox und nunmehr von Ziprasidon Pfizer.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07EA06 Budesonid				
Cortiment MMX 9 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	37,50
	30 Stk.	-	-	102,75
Cortiment MMX enthält wie Budosan uno 9 mg Budesonid.				
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01DD08 Cefixim				
Tricef 200 mg Filmtabl.	6 Stk.	-	(2)	11,60
	14 Stk.	-	-	21,70

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

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC01 Omeprazol				
Omeprazol „easypharm“ 20 mg Kaps.	14 Stk.	-	-	6,95
	28 Stk.	-	-	11,60
Streichung der 7 Stk.-Packung				
Omeprazol „ratiopharm“ 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	-	7,15
	28 Stk.	-	-	11,80
Streichung der 7 Stk.-Packung				
A02BC04 Rabeprazol				
Rabeprazol „ratiopharm“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	10,70
	30 Stk.	-	(2)	14,95
Streichung der 7 Stk.-Packung				
A02BC05 Esomeprazol				
Esomeprazol „ratiopharm“ 20 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	-	5,30
	30 Stk.	-	-	9,40
Esomeprazol „ratiopharm“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk.	-	-	4,90
	30 Stk.	-	-	9,20
Jeweils Streichung der 7 Stk.-Packung				
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL				
B01AC04 Clopidogrel				
Aclop 75 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	5,00
	30 Stk.	-	(2)	14,45
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>				
Die bisher beigegepackten Herz ASS „G.L.“ 100 mg Filmtabl. werden nicht mehr beigegepackt.				
Auch die Verwendung wird an die anderen Clopidogrel-Präparate im EKO angepasst.				
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN				
B05BB01 Elektrolyte				
Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Med.“ Glasinf.fl. 250 ml	1 Stk.	-	(2)	1,40
	Glasinf.fl. 500 ml	1 Stk.	-	(2)
Streichung der 500 ml Plastikinfusionsflasche				
Die Packungen im Gelben Bereich werden nicht verändert.				
M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AB01 Indometacin				
Indobene retard 75 mg Kaps.	30 Stk.	-	(2)	6,90
Streichung der 50 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AA03 Hydromorphon				
Hydromorphon „Stada“ 4 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	3,30
	30 Stk.	-	-	8,75
	60 Stk.	-	-	16,25
8 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	5,15
	30 Stk.	T2	-	13,90
	60 Stk.	T2	-	26,40
16 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	8,20
	30 Stk.	T2	-	22,25
	60 Stk.	T2	-	41,75
24 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	10,00
	30 Stk.	T2	-	27,30
	60 Stk.	T2	-	51,25
SG				
Jeweils Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 60 Stk. mit dem Hinweis „Nicht zur Initialtherapie“.				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Alendris 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl.	4 Stk.	M05BA04	13.10.2015
Clopidogrel „ratiopharm GmbH“ 75 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Corprotect „ratiopharm“ 100 mg Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	B01AC04	01.12.2015
Diabrezide Tabl.	30 Stk. 120 Stk.	A10BB09	01.12.2015
Helopanflat Drag.	20 Stk. 50 Stk.	A09AA02	01.12.2015
Neotigason 10 mg Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	D05BB02	01.12.2015
Neotigason 25 mg Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	D05BB02	01.12.2015
Osteonat 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	M05BA06	01.12.2015
Pantoprazol „Ranbaxy“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	A02BC02	20.10.2015
Pantoprazol „Ranbaxy“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	A02BC02	20.10.2015
Rifoldin 600 mg Drag.	30 Stk.	J04AB02	01.12.2015
Steezol 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	M05BA08	13.10.2015
Tolterodin „ratiopharm“ 1 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	G04BD07	01.12.2015
Xorox Augensalbe	4,5 g	S01AD03	01.12.2015

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL					
V03AE02 Sevelamer					
RE2	Renvela 2,4 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen	60 Stk.	-	-	155,25
RE2	800 mg Filmtabl.	180 Stk.	-	-	155,25
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.					

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AE11 Telaprevir					
RE1	Incivo 375 mg Filmtabl.	168 Stk.	-	-	8.682,65
<p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit chronischer Hepatitis C (CHC)-Infektion vom Genotyp 1 in Kombination mit Peginterferon alfa und Ribavirin für 12 Wochen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei therapienaiven und vorbehandelten PatientInnen mit Relapse mit nicht nachweisbarer HCV-RNA in Woche 4 und 12 weitere 12 Wochen Therapie mit Peginterferon alfa und Ribavirin (Gesamttherapiedauer 24 Wochen) - bei therapienaiven PatientInnen und vorbehandelten PatientInnen mit Relapse mit nachweisbarer HCV-RNA in Woche 4 oder Woche 12, sowie bei vorbehandelten PatientInnen mit vorherigem partiellem Ansprechen und bei Null-Respondern weitere 36 Wochen Therapie mit Peginterferon alfa und Ribavirin (Gesamttherapiedauer 48 Wochen) <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p> <p>HCV-RNA-Test in Woche 4 und 12 zur Festlegung der Gesamtbehandlungsdauer;</p> <p>Die Therapie ist sofort abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn in Woche 4 die HCV-RNA größer 1.000 IE/ml oder - wenn in Woche 12 die HCV-RNA größer 1.000 IE/ml ist. - bei früheren Null-Respondern: wenn bei der zusätzlichen Testung zwischen Woche 4 und Woche 12 die HCV-RNA größer 1.000 IE/ml ist. 					
Streichung der 42 Stk.-Packung					

Abkürzungsverzeichnis

- T Teilbarkeit
OP Originalpackungen
KVP Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
(2) Zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
T2 Zur Dosishalbierung in zwei gleiche Teile teilbar
IND Nur in der angegebenen Indikation frei verschreibbar (siehe EKO)
RE1 Vorabbeurteilung durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst (siehe EKO)
RE2 Bei Einhaltung der bestimmten Verwendung lt. Regeltext ersetzt die Dokumentation mit nachfolgender Kontrolle die Vorabbeurteilung (siehe EKO)
L3 Langzeitbewilligung für 3 Monate möglich
L6 Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
L12 Langzeitbewilligung für 12 Monate möglich
SG: Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab November 2015 Informationsstand November 2015

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N03 ANTIEPILEPTIKA					
N03AX16 Pregabalin					
Pregamid 25 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	2,40	3,78
	60 Stk.	-	-	7,20	9,33
	90 Stk.	-	-	10,55	13,85
					Erstanbieter in RE1
50 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	5,95	6,04
	90 Stk.	-	-	17,10	22,64
					Erstanbieter in RE1
75 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	4,80	6,84
	60 Stk.	-	-	13,85	25,67
					Erstanbieter in RE1
100 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	8,45	9,19
	90 Stk.	-	-	23,90	33,84
					Erstanbieter in RE1
150 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	8,50	9,20
	60 Stk.	-	-	24,00	34,00
					Erstanbieter in RE1
200 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	12,45	13,59
	90 Stk.	-	-	35,30	46,85
					Erstanbieter in RE1
300 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	12,50	13,60
	60 Stk.	-	-	35,45	46,96
					Erstanbieter in RE1
Der Generikaanteil an den Verordnungen lag im August 2015, dem Monat der Aufnahme des 1. Generikums in den EKO bereits bei 20 %! Das unterstreicht die Umsetzung des Ampelprinzips grün vor gelb.					
N04 ANTIPARKINSONMITTEL					
N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer					
Pentiro 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,65	26,70
	100 Stk.	-	-	51,05	71,95
100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,65	29,75
	100 Stk.	-	-	51,05	75,80
150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,65	32,80
	100 Stk.	-	-	51,05	84,00
175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,65	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	51,05	
200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,65	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	51,05	
Das 3. Nachfolgepräparat von Stalevo bietet einen großen Preisvorteil und zusätzliche Wirkstoffstärken.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH04 Quetiapin					
Quetialan XR 50 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,20	0,55
	30 Stk.	-	-	5,35	2,85
150 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,00	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	-	11,80	
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX21 Duloxetin					
Duloxetin „ratiopharm“ 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	5,25	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 15,63
	30 Stk.	-	-	11,00	
60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	(2)	8,80	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 19,86
	30 Stk.	-	-	18,10	
Frei verschreibbar für eine(n) Fachärztin/Facharzt für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie (N) bzw. eine(n) Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie (P)					

Aufnahme von biologischen Nachfolgepräparaten (Biosimilars) in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AA02 Filgrastim					
Accofil 30 Mio E/0,5 ml Inj.- oder Inf.lsg. Fertigspr.	5 Stk.	-	-	294,70	86,00
48 Mio E/0,5 ml Inj.- oder Inf.lsg. Fertigspr.	5 Stk.	-	-	452,00	136,50
Accofil ist nach Ratiograstim und Zarzio das 3. Biosimilar von Neupogen. Der Verordnungsanteil der Biosimilars an Filgrastim beträgt derzeit ca. 80 %. Die Verordner/innen haben damit eindrucksvoll dokumentiert, dass sie die Wirtschaftlichkeit im Verordnungsverhalten berücksichtigen.					

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10BA05 Atorvastatin und Ezetimib					
RE1	Atozet 10 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	51,90
RE1	10 mg/20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	51,90
RE1	10 mg/40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	51,90
RE1	10 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	51,90
Bei PatientInnen mit sehr hohem kardiovaskulären Risiko gemäß ESC-Leitlinie, wenn mit Atorvastatin in maximal verträglicher Dosierung ein LDL-Zielwert von kleiner als 70 mg/dl oder (bei Nichterreichung des LDL-Zielwerts) eine Reduktion des LDL-Cholesterins um mindestens 50 % nicht erreicht werden kann.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC10 Secukinumab					
RE1	Cosentyx 150 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	1.110,55
RE1	150 mg Inj.lsg. Fertigen	2 Stk.	-	-	1.110,55
<p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Esomeprazol „Ranbaxy“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 28 Stk.	A02BC05	01.11.2015
Esomeprazol „Ranbaxy“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	A02BC05	01.11.2015
Iffera 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	R03AK11	01.11.2015
Iffera 125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	R03AK11	01.11.2015
Olanzapin „Ranbaxy“ 2,5 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.11.2015
Olanzapin „Ranbaxy“ 5 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.11.2015
Olanzapin „Ranbaxy“ 10 mg Tabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.11.2015
Stocrin 600 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AG03	01.11.2015
Tolterodin „ratiopharm“ 2 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	G04BD07	01.11.2015

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AX13 Glatirameracetat					
RE1 L12	Copaxone 20 mg/ml Inj.lsg. Fertigspr.	28 Stk.	-	-	882,90
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: zwei Schübe innerhalb der letzten zwei Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Glatirameracetat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Glatirameracetat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).</p>					
Die Dokumentation im Register ist nun vorgesehen.					

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE					
J06BB16 Palivizumab					
RE1	Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 0,5 ml Dfl. <i>vormals Synagis 50 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i>	1 Stk.	-	-	556,30
RE1	Synagis 100 mg/ml Inj.lsg. 1 ml Dfl. <i>vormals Synagis 100 mg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.</i>	1 Stk.	-	-	907,45
<ul style="list-style-type: none"> - Indikationsstellung, Erstverordnung und Erstverabreichung bei Entlassung während der RSV-Saison (November-März) durch das Krankenhaus, weitere Verschreibung und Folgeverabreichungen durch FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde. - Frühgeborene, die in der 28. SSW und früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 12 Monate sind. - Frühgeborene, die in der 29., 30., 31. oder 32. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind und Hochrisikokinder sind. - Frühgeborene, die in der 33., 34. oder 35. SSW geboren wurden, zu Beginn der RSV-Saison jünger als 3 Monate sind und Hochrisikokinder sind. - Kinder unter zwei Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern. - Kinder mit chronischen Lungenerkrankungen (CLD) als Folge einer bronchopulmonalen Dysplasie bis zum Alter von 2 Jahren, die in den letzten 6 Monaten vor Beginn der RSV-Saison noch eine Behandlung (z.B. Sauerstofftherapie) für die CLD erhalten haben. Die Prophylaxe im 2. Jahr sollte der schweren Form der CLD vorbehalten sein. 					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BA04 Alendronsäure				
Alendronsäure „Bluefish“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl.	4 Stk.	-	(2)	12,50
Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Ceutics“ Kautabl. 56 Stk. (Nahrungsergänzungsmittel)				
Aufnahme einer weiteren Packung mit Calcium-/Vit. D3-Nahrungsergänzungsmittel in Form von Kautabletten zusätzlich zu der im EKO angeführten Packung				
Alendronsäure „Bluefish“ 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ Kautabl. 56 Stk.				
M05BA07 Risedronsäure				
Risedronsäure „Bluefish“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.	4 Stk.	-	(2)	10,05
Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Ceutics“ Kautabl. 56 Stk. (Nahrungsergänzungsmittel)				
Aufnahme einer weiteren Packung mit Calcium-/Vit. D3-Nahrungsergänzungsmittel in Form von Kautabletten zusätzlich zu der im EKO angeführten Packung				
Risedronsäure „Bluefish“ einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 „Meda“ Kautabl. 56 Stk.				

