15. Jahrgang, Nr. 3 / Juli 2014
www.bgkk.at

im blickpunkt tipps

INFORMATION FÜR VERTRAGSPARTNER

Neu im EKO

Sammelband Mai, Juni, Juli 2014

BGKK
Burgenländische Gebietskrankenkasse

Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Juli 2014 Seite 3

Änderungen im Erstattungskodex ab Juni 2014 Seite 8

Änderungen im Erstattungskodex ab Mai 2014 Seite 15

Impressum

Kontaktadresse:
Dr. Werner Krischka
Chefärztlicher Dienst der Burgenländischen Gebietskrankenkasse
Telefon: 02682/608, Kl. 1050
E-Mail: werner.krischka@bgkk.at

DI Berthold Reichardt, Behandlungsökonomie
Telefon: 02682/608 Kl. 1405, E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Druck:
Wiener Gebietskrankenkasse
1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: Bilderbox und WGKK

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher Genehmigung der BGKK gestattet

Offenlegung (§ 25 Mediengesetz):

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

Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:
Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärzte
der Burgenländischen Gebietskrankenkasse

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

bereits vor einigen Wochen wurde die Presseaussendung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger in vielen Medien zitiert: „Die Krankenkassen sind nun fast schuldenfrei.“ Mit dem 2013 erzielten Überschuss konnten die noch bestehenden Schulden zurückgezahlt werden. Die Eckpfeiler dieser für das österreichische Gesundheitssystem sehr erfreulichen Entwicklung sind:

- Eine außergewöhnlich niedrige Aufwandsteigerung bei den Medikamenten. Diese resultiert aus der immer häufigeren Verordnung von besonders wirtschaftlichen Medikamenten – vor allem Generika. Unsere Vertragspartner haben das umgesetzt. Herzlichen Dank!
- Die Anzahl der Beitragszahler steigt und somit auch die Krankenversicherungsbeiträge.

Auch in den letzten Monaten wurden wieder einige wirtschaftlich höchst interessante Generika in den Grünen Bereich aufgenommen: Telmisartan, Capecitabin, Ciclosporin, Rivastagmin-Pflaster, die Kombinationspräparate Enalapril/Lercanidipin und Telmisartan/HCT. Gleichzeitig „finanzieren“ die Generika die Innovationen wie Xtandi und Tafinlar, die für bestimmte Patienten mit ProstataCa bzw. Melanom eine deutliche Verbesserung ihrer Prognose bringen.

Die nächste Herausforderung für unser Gesundheitssystem steht schon vereinzelt auf Rezepten: Sovaldi kostet pro Tablette ca. € 600,--. Auf Grund der hohen Therapiekosten könnte dieses Hepatitis C Präparat innerhalb weniger Monate zum umsatzstärksten Medikament bundesweit (und weltweit) werden.

Die aktuelle Entwicklung mit einer Kostensteigerung im Medikamentenbereich von + 2,3 % (Jan bis Mai 2014) zeigt in Richtung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, wie es das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz auch vorgibt. Es liegt in der Entscheidungs- und Therapiefreiheit der Vertragspartner und auch die Sonnenuhr der Titelseite zeigt an, dass es Zeit ist, durch die kostengünstige (Generika-)Verordnung Innovationen zu fördern.

Freundliche Grüße und
einen sonnenreichen Sommer wünscht

DI Berthold Reichardt
Behandlungsökonomie

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2014

Informationsstand Juli 2014

ROT ➔ GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09BB02 Enalapril und Lercanidipin					
Enalapril/Lercanidipin „Krka“ 10 mg/10 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	5,35 11,20	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **9,00**
20 mg/10 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	5,35 11,20	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **10,85**
Durch die generische Verfügbarkeit von Lercanidipin ab 2010 konnten die Monatstherapiekosten von vormals € 16,35 bis 2014 um ca. 60 % gesenkt werden. Zeitgleich zur generischen Verfügbarkeit von Lercanidipin wurde 2010 die Fixkombination mit Enalapril in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen. Mit durchschnittlichen Monatstherapiekosten von ca. € 20,60 war die Therapie mit der Fixkombination wesentlich teurer als mit den Einzelsubstanzen. Für wirtschaftliche Verordner ist daher ab sofort auch die Fixkombination von Lercanidipin und Enalapril generisch verfügbar und der Handelsname ist Enalapril/Lercanidipin „Krka“.					
C09DA07 Telmisartan und Diuretika					
Tolucombi 40 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	9,40	**14,63**
80 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	9,40	**18,28**
80 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	9,40	**18,28**
Da die Generikaverordnung innovationsfördernd ist, sollte Telmisartan ausschließlich generisch verordnet werden. Auch die Argumentation des fehlenden generischen Kombinationspräparates mit HCT ist durch die Aufnahme von Tolucombi in den EKO hinfällig.					
R01 RHINOLOGIKA					
R01AD09 Mometason					
Mometason „Hexal“ 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray	18 g	-	-	7,05	**8,30**
IND: *allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen*					
Nach Mometason ratiopharm ist Mometason Hexal das zweite Nachfolgepräparat zu Nasonex Nasenspray. Die Mometason-Generika haben nicht nur den ausgewiesenen Preisvorteil gegenüber dem Originärpräparat sondern sind auch weit kostengünstiger als viele Corticosteroid-Nasensprays. Das noch teurere Dymista ist regelkonform ohnehin nur Zweitlinientherapie.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE01 Latanoprost					
Latanoprost „Unimed Pharma“ 50 mcg/ml Augentropf.	2,5 ml	-	(2)	8,25	**1,35**
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2014)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AK11 Formoterol und Fluticason				
Flutiform 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	-	-	**30,70**
IND: *Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren*				
125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	-	-	**41,65**
IND: *Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren*				
Iffera 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	-	-	**30,70**
IND: *Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren*				
125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	-	-	**41,65**
IND: *Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren*				

ROT ➔ **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DX01 Memantin						
RE2 L6	**Memantin „Genericon“ 10 mg Filmtabl.**	30 Stk.	T2	(2)	23,35	**4,66**
RE2 L6	**20 mg Filmtabl.**	30 Stk.	T2	(2)	37,60	**6,86**
– Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. – Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen. – Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. – Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. – Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. – Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. – Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. – Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. – Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).						
RE2	**5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)**	28 Stk.	-	-	23,40	**4,35**
– Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. – Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen. – Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. – Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. – Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. – Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. – Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. – Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.						

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2014)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2 L6	**Memantin „Sandoz“ 10 mg Filmtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	8,25 23,35	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **4,66**
RE2 L6	**20 mg Filmtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	T4 T4	- (2)	13,25 37,60	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **6,86**

- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.
- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.
- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.
- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.
- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.
- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.
- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.
- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
- Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

Der Regelbestandteil „darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden“ wurde durch eine aktuelle Studie bestätigt. Donepezil and Memantine for Moderate-to-Severe Alzheimer’s Disease. N Engl J Med 2012;366:893-903: “There were no significant benefits of the combination of donepezil and memantine over donepezil alone.” Die Kombination mit einem Cholinesterasehemmer ist auch durch die Fachinformation nicht gedeckt.

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII					
RE1	**Beriate 200 I.E./ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.**	1 Stk. 20000 IE	-	-	**1.132,50**
Bei angeborenem (Hämophilie A) oder erworbenem Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
Aufnahme einer neuen Wirkstärke					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE23 Dabrafenib					
RE2	**Tafinlar 50 mg Hartkaps.**	28 Stk. 120 Stk.	- -	- -	**1.175,25** **4.955,75**
RE2	**75 mg Hartkaps.**	28 Stk. 120 Stk.	- -	- -	**1.750,55** **7.421,30**
Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit BRAF V600 Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Nachweis einer positiven BRAF V600 Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin; sowie regelmäßige EKG-Kontrollen.					
Tafinlar ist wie Zelboraf (Vemurafenib) ein selektiver Inhibitor des BRAF und damit ein weiterer Vertreter der personalisierten Medizin. Die Therapieentscheidung fällt auf Basis der Ergebnisdaten des Biomarkers BRAF-V600. Die beiden Substanzen Vemurafenib und Dabrafenib werden auf Basis der Ergebnisparameter „progressionfreies Überleben“ und „Gesamtüberleben“ als gleichwertig beurteilt. Die Standarddosierung beträgt bei Zelboraf 2x4 Kapseln täglich und bei Tafinlar 2x2 Kapseln täglich. Von Zelboraf steht nur eine Wochenpackung zur Verfügung, für Tafinlar auch eine Monatspackung. Pro Monatstherapie sind die Kosten für Tafinlar um 20 % (über € 2.000,-- Differenz) niedriger.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2014)

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Betahistin „Arcana“ 8 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N07CA01	01.07.2014
Binocrit 3.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.07.2014
Diclofenac „1A Pharma“ retard 150 mg Tabl.	14 Stk.	M01AB05	01.07.2014
Limbitrol Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	N06CA01	01.07.2014
Trobalt Starterpackung 50 mg/100 mg Filmtabl.	63 Stk.	N03AX21	01.07.2014

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07CA Elektrolyte zur oralen Rehydrierung				
Normhydral lösl. Plv.	5 Stk.	-	-	**5,65**
Frei verschreibbar				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII					
RE1	**Beriate 100 I.E./ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.**	1 Stk. 250 IE	-	-	**171,00**
		1 Stk. 500 IE	-	-	**302,80**
		1 Stk. 1000 IE	-	-	**578,60**
Bei angebonem (Hämophilie A) oder erworbenem Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2014)

Überführung von RE1 in RE2:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AF10 Entecavir					
RE1 L6	**Baraclude 0,5 mg Filmtabl.**	30 Stk.	-	-	**444,40**
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung (mit nachgewiesener aktiver Virusreplikation [mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml], kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase-Werten sowie histologischem Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose). Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B erfolgen. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle drei Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate). Die Therapie ist abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen bei HBeAg- oder HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit; - bei HBeAg-negativen PatientInnen (Prä-Core-Mutante) bei HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit. Baraclude eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
RE2 L6	**Baraclude 1 mg Filmtabl.**	30 Stk.	-	-	**461,05**
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation chronische Hepatitis B- mit kompensierter Lebererkrankung (mit nachgewiesener aktiver Virusreplikation [mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml], kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase-Werten sowie histologischem Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose). oder - mit kompensierter Lebererkrankung, wenn eine Lamivudin-Vortherapie versagt hat (nicht bei PatientInnen mit Lamivudin-Resistenz) oder - mit einer dekompensierten Lebererkrankung. Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B erfolgen. Regelmäßige Überwachung biochemischer, virologischer und serologischer Hepatitis-B-Marker (alle 6 Monate). Die Therapie ist außer bei PatientInnen mit dekompensierter Lebererkrankung abzusetzen: - bei HBeAg-positiven PatientInnen bei HBeAg- oder HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit; - bei HBeAg-negativen PatientInnen (Prä-Core-Mutante) bei HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit. Baraclude eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
J05AR09 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil, Elvitegravir und Cobicistat					
RE2	**Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/ 245 mg Filmtabl.**	30 Stk.	-	-	**1.139,70**
Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, die antiretroviral nicht vorbehandelt sind oder bei denen HIV-1 keine Mutation aufweist, die mit Resistenz gegen einen der enthaltenen Wirkstoffe assoziiert ist. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C04 PERIPHERE VASODILATATOREN				
C04AE Mutterkorn-Alkaloide				
DHE "ratiopharm" 5 mg Kaps.	20 Stk.	-	(2)	**5,10**
Streichung der 50 Stk.-Packung				

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2014)

Rückblickend:
Änderungen im Erstattungskodex ab Juni 2014

Informationsstand Juni 2014

ROT ➔ GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel „Ranbaxy“ 75 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	5,90 16,90	**1,42** **5,08**
IND: *Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist*					
Clopidogrel Ranbaxy ist schon das 13. Nachfolgeprodukt zu Plavix. Der manchmal argumentierte fehlende Preisvorteil der Generika einige Monate nach Patentablauf ist auch bei dieser Substanz nicht zutreffend. Clopidogrel Ranbaxy hat einen Preisvorteil von 23 % und das Einsparpotenzial bei vollständiger Substitution von Plavix durch kostengünstigere Generika liegt bei über € 1 Mio. pro Jahr.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA07 Telmisartan					
Telmisartan „Stada“ 40 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	8,75	**14,65**
80 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	8,75	**18,30**
Nach Telmicard, Telmisartan ratiopharm und Telmisartan Sandoz besticht auch Telmisartan Stada mit einem beachtlichen Preisvorteil. Telmisartan Stada kostet um fast 70 % (sic!) weniger als Micardis.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01BC06 Capecitabin					
Capecitabin „medac“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	27,00	**49,80 (Erstanbieter in RE2)**
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	155,10	**264,15 (Erstanbieter in RE2)**
Capecitabin „Stada“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	27,00	**49,80 (Erstanbieter in RE2)**
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	155,10	**264,15 (Erstanbieter in RE2)**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2014)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA04 Alendronsäure					
Alendronsäure „Sandoz“ 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl.	4 Stk.	-	(2)	13,15	**4,60**
Alendronsäure „Sandoz“ 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 Sandoz Brausetabl. 60 St.	4 Stk.	-	(2)	13,15	**4,60**
M05BA08 Zoledronsäure					
Steozol 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	-	(2)	131,45	**88,55**
IND: *Knochenprozesse neoplastischer Genese*					
N02 ANALGETIKA					
N02AE01 Buprenorphin					
Astec 35 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	21,55 40,40	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden**
52,5 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	31,15 59,95	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden**
70 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk. 10 Stk.	- -	- -	39,50 76,05	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden**
IND: *chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind*					
SG					
Astec ist das erste Nachfolgepräparat zu Transtec, unterscheidet sich von diesem jedoch durch Tragedauer und Packungsgröße. Der Preisvorteil ist beträchtlich.					
R01 RHINOLOGIKA					
R01AD09 Mometason					
Mometason „ratiopharm“ 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray, Susp.	18 g	-	-	8,30	**7,05**
IND: *allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen*					
Erster Nachfolger zu Nasonex aquosum.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C05 VASOPROTEKTOREN				
C05AA04 Prednisolon				
Scheriproct Salbe	30 g	-	-	**6,75**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2014)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AL04 Indacaterol und Glycopyrroniumbromid				
Ultibro Breezhaler 85 mcg/43 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inhalation	30 Stk.	-	(2)	**75,10**
IND: *COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen*				
Kombination von Glycopyrroniumbromid mit einem neuen langwirksamen Betamimetikum.				

ROT ➔ GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

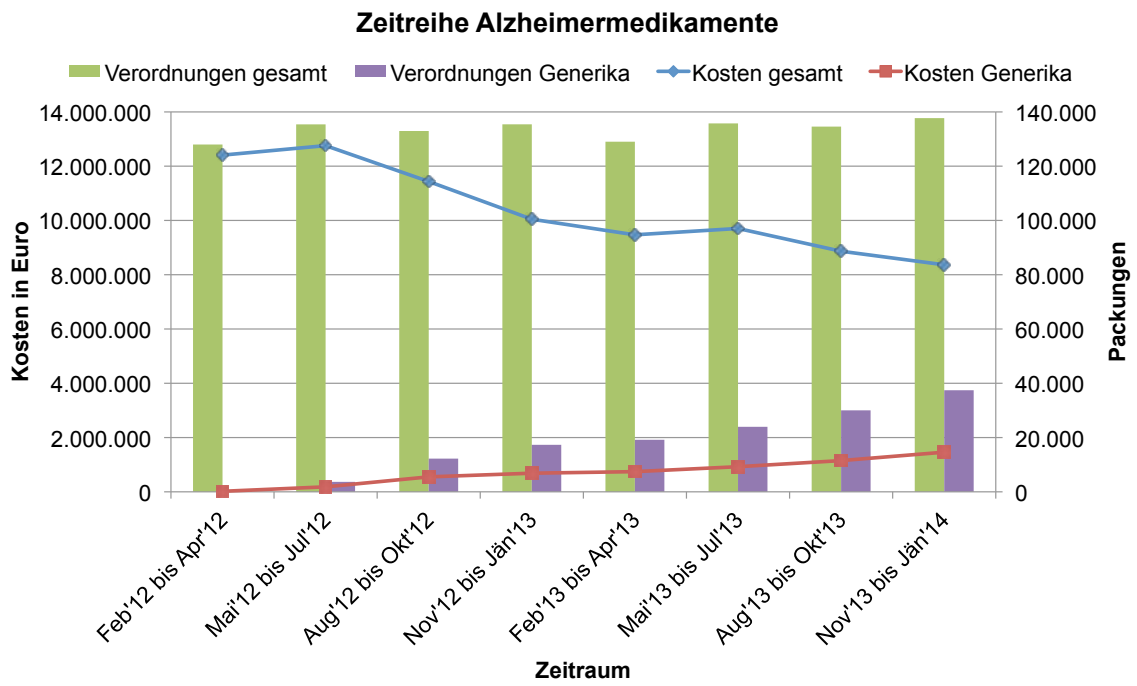
Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA02 Donepezil						
RE2 L6	**Donepezil HCl „1A Pharma" 5 mg Filmtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	8,30 23,50	**1,44** **5,07**
RE2 L6	**10 mg Filmtabl.**	30 Stk.	T2	(2)	38,35	**7,56**
- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).						
N06DA03 Rivastigmin						
RE2 L6	**Rivastigmin „ratiopharm"** **4,6 mg/24 h transdermales Pflaster**	7 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	14,60 58,25	**12,40** **47,45**
RE2 L6	**9,5 mg/24 h transdermales Pflaster**	30 Stk.	-	(2)	58,25	**47,45**
- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).						

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2014)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*

Beginnend mit Frühjahr 2012 sind alle Alzheimermedikamente – die Substanzen Donepezil, Rivastigmin, Galantamin und Memantin – generisch verfügbar geworden. Die Entwicklung der Kosten und Verordnungen spiegelt den Nutzen der Generika für das Gesundheitssystem im besten Sinn wider: Bei leicht steigenden Verordnungszahlen sinken die Kosten deutlich. Obwohl die Monatstherapiekosten in den letzten beiden Jahren von ca. € 100,-- auf das derzeitige Generikaniveau von ca. € 40,-- gefallen sind, sind die Verordnungszahlen nicht sprunghaft angestiegen. Das kann durchaus positiv interpretiert werden, dass es bei alleiniger Verfügbarkeit des Erstanbieterpräparates keine Unterversorgung gegeben hat. Der Dreimonatsaufwand für die Substanzgruppe ist von € 13 Mio. auf zuletzt € 8,3 Mio. gesunken. Auf Grund des hohen Preisvorteils der Generika und des noch steigerungsfähigen Generikaanteils können die Kosten noch deutlich weiter reduziert werden.
Mit der Verfügbarkeit des transdermalen Systems von Rivastigmin rtp ist diese verordnungsstarke Darreichungsform auch kostengünstig generisch verfügbar.

Grafik: Verordnungs- und Kostenentwicklung der Alzheimermedikamente



N06DX01 Memantin						
RE2 L6	**Memantin „1A Pharma" 10 mg Filmtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	9,60 27,00	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **1,25**
RE2 L6	**20 mg Filmtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	T4 T4	- (2)	16,00 44,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **0,28**

- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.
- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.
- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.
- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.
- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.
- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.
- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.
- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
- Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2014)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2 L6	**Memantin „easypharm" 10 mg Filmtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	9,60 27,00	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **1,25**
RE2 L6	**Memantin „easypharm" 20 mg Filmtabl.**	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	16,00 44,65	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **0,28**

- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.
- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen.
- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.
- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.
- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.
- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.
- Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist.
- Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.
- Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Binocrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.06.2014
Estramon 75 mcg/24 h Depot-Pflaster	4 Stk.	G03CA03	01.06.2014
Metoceolat 4 mg/ml Tropf.	30 ml	A03FA01	30.04.2014
Metogastron 4 mg/ml Tropf.	30 ml	A03FA01	30.04.2014
Paspertin Tropf.	30 ml	A03FA01	30.04.2014

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN				
B05BB01 Elektrolyte				
Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Medica" Glasinf.fl. 250 ml	1 Stk.	-	(2)	**1,40**
500 ml	1 Stk.	-	(2)	**1,50**
Plastikinf.fl. 500 ml	1 Stk.	-	(2)	**1,65**
Streichung der Plastikinf.fl. 250 ml				

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2014)

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC05 Ustekinumab					
RE1	**Stelara 45 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.**	1 Stk.	-	-	**3.151,85**
1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Diagnosestellung, 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. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen 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. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab 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.	-	-	**3.151,85**
1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, 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 einen Facharzt/eine Fachärztin 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 einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. 2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. Die PatientInnen sollen in ein entsprechendes Register aufgenommen werden.					
Erweiterung der Indikation in beiden Wirkstärken um Psoriasis-Arthritis.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA03 Rivastigmin					
RE2 L6	**Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster**	7 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	**27,00** **105,70**
RE2 L6	**9,5 mg/24 h transdermales Pflaster**	30 Stk.	-	(2)	**105,70**
- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimertyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN					
B05BB01 Elektrolyte					
RE2	**Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Medica“ Glasinf.fl. 250 ml**	10 Stk.	-	-	**8,45**
RE2	**500 ml**	10 Stk.	-	-	**8,85**
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.					
Streichung der Plastikinf.fl. 250 ml 10 Stk.					

Änderungen im Erstattungskodex ab Mai 2014

Informationsstand Mai 2014

ROT ➔ GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BB09 Gliclazid					
Gliclada 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk. 60 Stk.	- -	- -	3,90 7,80	**14,80 (Erstanbieter nicht im EKO)** **Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden**
Gliclada 60 mg ergänzt die Wirkstärkenpalette. Eine Stichprobenerhebung aus den Abrechnungsdaten von über 6.000 Patienten, denen Gliclazid-Präparate verordnet wurden, zeigt, dass ca. 3 % über einen längeren Zeitraum zumindest 60 mg erhielten.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA07 Telmisartan					
Telmicard 40 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,75	**13,37**
80 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,75	**17,02**
Telmisartan „ratiopharm“ 40 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,75	**13,37**
80 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,75	**17,02**
Telmisartan „Sandoz“ 40 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,75	**13,37**
80 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,75	**17,02**
Telmisartan war bislang ein sehr teurer ARB mit Therapiekosten, die drei- bis sechsmal so hoch lagen wie für vergleichbare Präparate mit den Wirkstoffen Candesartan, Losartan oder Valsartan in äquivalenten Wirkstärken (siehe Öko-Tool z.B. unter www.erstattungskodex.at). Mit der Verfügbarkeit der ersten Telmisartan-Generika sind die Präparate auf einem vertretbaren Preisniveau.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA05 Atorvastatin					
Atorvastatin „Genericon“ 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,85	**1,65**
Atorvastatin 80 mg wird vom Ökotool als äquivalent zu Rosuvastatin 40 mg bewertet. Crestor 40 mg kostet allerdings fast sechsmal soviel. Regelkonform sollten sich daher Rosuvastatinverordnungen auf „nachgewiesene und dokumentierte Unverträglichkeiten von Therapiealternativen“ beschränken.					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2014)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01BC06 Capecitabin					
Capecel 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	31,65	**45,15 (Erstanbieter in RE2)**
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	**243,20 (Erstanbieter in RE2)**
Capecitabin „Accord“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	31,65	**45,15 (Erstanbieter in RE2)**
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	**243,20 (Erstanbieter in RE2)**
Capecitabin „Fresenius Kabi“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	31,65	**45,15 (Erstanbieter in RE2)**
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	**243,20 (Erstanbieter in RE2)**
Capecitabin „Sandoz“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	31,65	**45,15 (Erstanbieter in RE2)**
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	**243,20 (Erstanbieter in RE2)**
Capecitabin „Teva“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	31,65	**45,15 (Erstanbieter in RE2)**
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	**243,20 (Erstanbieter in RE2)**
Die Information über die im Krankenhaus verabreichte Chemotherapie bei Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem Mammakarzinom ist eine Herausforderung für den niedergelassenen Hausarzt, der dies bei einer Verordnung von Xeloda regelkonform dokumentieren muss. Die Nachfolgepräparate zu Xeloda haben nicht nur den Preisvorteil von bis zu 243,20 Euro pro Packung, sie sind im Grünen Bereich bei allen zugelassenen Indikationen frei verschreibbar.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AD01 Ciclosporin					
Vanquoral 10 mg Weichkaps.	60 Stk.	-	(2)	27,70	**Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden**
25 mg Weichkaps.	60 Stk.	-	(2)	46,15	**37,04**
50 mg Weichkaps.	60 Stk.	-	(2)	83,30	**53,58**
100 mg Weichkaps.	60 Stk.	-	(2)	133,45	**103,84**
IND: nach Organtransplantationen					
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA08 Zoledronsäure					
Zoledronsäure „Genericon“ 4 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	-	(2)	141,60	**78,40**
IND: Knochenprozesse neoplastischer Genese					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2014)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02B HORMONANTAGONISTEN UND VERWANDTE MITTEL					
RE1	**Xtandi 40 mg Weichkaps.**	112 Stk.	-	-	**3.224,80**
Bei erwachsenen Männern zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.					
IQWIG bewertet Xtandi positiv mit einem zu erwartenden zusätzlichen Patientennutzen gegenüber der bisherigen Standardtherapie (https://www.iqwig.de/download/A13-33_Enzalutamid_Kurzfassung_Nutzenbewertung-35a-SGB-V.pdf, Zugang am 3.4.2014). Auch NICE bewertet die Substanz positiv, allerdings wird darauf hingewiesen, dass es keine Daten für Xtandi bei einer Vortherapie mit Abirateron (Zytiga) gibt, das bei dem gleichen Patientenkollektiv eingesetzt wird (http://guidance.nice.org.uk/TAG/354/ACD2/DraftGuidance, Zugang am 3.4.2014). Anmerkung: Innovationen mit Monatstherapiekosten von über € 3.000,00 bleiben durch die kostengünstige generische Verordnung von Telmisartan, Capecitabin,… finanzierbar.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aerocef 200 mg Filmtabl.	6 Stk. 14 Stk.	J01DD08	01.05.2014
Aerocef 400 mg Filmtabl.	3 Stk. 7 Stk.	J01DD08	01.05.2014
Atenolol „ratiopharm“ 50 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AB03	01.05.2014
Atenolol „ratiopharm“ 100 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AB03	01.05.2014
Binocrit 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.05.2014
Cefixim „Hexal“ 200 mg Filmtabl.	6 Stk.	J01DD08	01.05.2014
CPS-Gry-Pulver	30 Stk.	V03AE01	25.03.2014
Dreisavit Filmtabl.	90 Stk.	A11EB	25.03.2014
Heparin „Immuno“ Depot 25.000 IE/ml Dstfl.	2 ml	B01AB01	01.05.2014
ImmuCyst Dstfl. mit Lsgm.	1 Stk.	L03AX03	01.05.2014
Moduretic Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C03EA01	01.05.2014
Navoban 5 mg Kaps.	5 Stk.	A04AA03	01.05.2014
Nitrolingual 0,8 mg Kaps.	30 Stk. 60 Stk.	C01DA02	01.05.2014
Otosporin Ohrentropf.	5 ml	S02CA03	01.05.2014

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09CA01 Losartan				
Losartan „+pharma" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	**4,80**
Streichung der 10 Stk.-Packung				
Losartan „Genericon" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	**5,10**
Streichung der 10 Stk.-Packung				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AH04 Quetiapin				
Quetiapin „G.L." 200 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (2)	**29,75** **52,50**
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 30 Stk.				
300 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	T2 T2	- -	**39,30** **68,75**
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 60 Stk.				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS				
G03XC01 Raloxifen				
Evista 60 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	**26,20**
IND: *Postmenopausale Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma*				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AB04 Ribavirin					
RE2	**Rebetol 200 mg Hartkaps.**	84 Stk. 168 Stk.	- -	- -	**378,15** **731,65**
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen. Cave: Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.					
Streichung der 140 Stk.-Packung					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE					
J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung					
RE1	**Privigen 100 mg/ml Inf.lsg.**	1 Stk. *2,5 g/25 ml* 1 Stk. *5 g/50 ml* 1 Stk. *10 g/100 ml* 1 Stk. *20 g/200 ml* 1 Stk. *40 g/400 ml*	- - - - -	- - - - -	**140,45** **248,85** **480,60** **936,50** **1.848,30**
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.					
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße 40 g/400 ml					

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD05 Metformin und Pioglitazon					
RE1 L12	**Competact 15 mg/850 mg Filmtabl.**	56 Stk.	-	-	**21,70**
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. – Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. – Die Behandlung mit Pioglitazon/Metformin hat nur als Second-line-Therapie nach Metformin-Monotherapie zu erfolgen. – Die Behandlung mit Pioglitazon/Metformin darf nur bei PatientInnen mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden. – Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen). – Pioglitazon/Metformin darf nicht mit Insulin kombiniert werden. – Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. – Pioglitazon/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).					

www.bgkk.at