

Wichtige Änderungen im EKO ab Jänner 2009

(lt. 48. Änderung des EKO vom 23. Dezember 2008)

GRÜNER BEREICH

☛ Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN					
C07AB12 Nebivolol					
Nebivolol „Actavis“ 5 mg Tabl.	20 Stk.	T4	-	4,90	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 7,54
	30 Stk.	T4	(2)	6,60	
Mit österreichweit jährlich über einer halben Million Verordnungen (Zeitraum September 2007-August 2008, Datenquelle: Pegasus) birgt die generische Verordnung von Nebivolol ein theoretisches Einsparpotenzial von vier Millionen Euro im Vergleich zum Originärpräparat in diesem Zeitraum.					

C08 CALCIUMKANALBLOCKER					
C08CA01 Amlodipin					
Amlodipin „Arcana“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,95	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Amlodipin „Hexal“ 7,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,95	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden

C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09AA02 Enalapril					
Enalaprilmaleat „Alternova“ 5 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,20	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,28
	30 Stk.	T2	(2)	2,75	
10 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,87
	30 Stk.	T2	(2)	5,50	
20 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	3,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,37
	30 Stk.	T2	(2)	7,75	

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2009)

C09BA03 Lisinopril und Diuretika						
Lisinopril/HCT „Actavis“ 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	7,55	3,60	
20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	10,20	7,38	
Lisinopril/HCT „Alternova“ 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,55	3,60	
20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,20	7,38	

C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN						
C10AA01 Simvastatin						
Simvarcana 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,65	12,35	
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	10,65	57,80 Erstanbieter nicht im EKO	
Simvastatin „Genericon“ 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	10,65	57,80 Erstanbieter nicht im EKO	

N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM						
N07BB04 Naltrexon						
Dependex 50 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	-	62,05	14,75	
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie zur medikamentösen Unterstützung der Entzugsbehandlung bei Alkoholkranken</i>						

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09DA07 Telmisartan und Diuretika				
MicardisPlus 80/25 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	27,05
<i>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</i>				
MicardisPlus 80/25 mg Tabletten stellen für jene Patienten eine neue Therapieoption dar, deren Blutdruck mit dem bisher verfügbaren Kombinationspräparat MicardisPlus 80/12,5 mg Tabletten nicht ausreichend kontrolliert werden konnte. Weiters ist es für jene Patienten gedacht, bei denen eine Therapie mit Telmisartan 80 mg und Hydrochlorothiazid 25 mg in Monopräparaten erfolgreich gewesen ist.				

Änderung der Verwendung (Übernahme vom Gelben in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
G04 UROLOGIKA				
G04CB01 Finasterid				
Finasterid „Actavis“ 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,80

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie</i>				
Finasterid "G.L." 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,80
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie</i>				
Finasterid "Hexal" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,80
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie</i>				
Finasterid "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	8,80
<i>Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie</i>				

☛ **Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10AA02 Lovastatin				
Lovastatin "Stada" 20 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	10,65

C10AA03 Pravastatin				
Pravastatin "Stada" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,15
40 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,15

M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BA07 Risedronsäure				
Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcimagon Vit.D3 Kautabl. 60 Stk.	4 Stk.	-	(2)	37,90
<i>IND: Langzeitbehandlung der Osteoporose (Knochendichte liegt mehr als 2,5 Standardabweichungen unter dem Durchschnittswert junger Erwachsener) oder nach osteoporotischer Fraktur. Die Kostenübernahme erfolgt nur zur Fortsetzung einer bereits bestehenden Therapie oder nach Therapieunterbrechung mit Actonel einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Keine Kostenübernahme bei Neueinstellungen.</i>				
Aufgrund der Änderung der IND-Regel ist Actonel ausschließlich bereits bestehenden Therapien vor-enthalten. Bitte beachten Sie, dass nun Ersteinstellungen mit Actonel nicht mehr auf Kosten der Sozialversicherung durchgeführt werden können.				

☛ **Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE				
C01CA01 Etilefrin				
Effortil Depot 25 mg Kaps.	20 Stk.	-	(2)	2,35
(vormals Effortil Depot Kaps.)	50 Stk.	-	-	4,65

GELBER BEREICH

☛ Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD07 Metformin und Sitagliptin					
RE1 L6	Janumet 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	54,65
RE1 L6	50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	54,65
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Janumet hat nur als Second-line-Therapie: <ul style="list-style-type: none"> - nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer 26 oder - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination mit der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffes nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. - Janumet darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Janumet eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
RE1 L6	Velmetia 50 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	54,65
RE1 L6	50 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	54,65
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Velmetia hat nur als Second-line-Therapie: <ul style="list-style-type: none"> - nach Metformin-Monotherapie und Body Mass Index größer 26 oder - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination mit der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffes nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. - Velmetia darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Velmetia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII					
RE1	Advate 2000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	1.603,95
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
RE1	Advate 3000 I.E. Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	2.393,60
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
RE1	Helixate NexGen 2000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	1.514,60
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	Kogenate Bayer 2000 I.E. Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	1.514,60
Bei angeborenem Faktor VIII Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					

☛ **Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BH01 Sitagliptin					
RE1 L6	Januvia 100 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	54,65
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientenInnen mit Diabetes Typ II. - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Januvia hat nur als Second-line-Therapie: <ul style="list-style-type: none"> • als Kombinationstherapie mit Metformin und Body Mass Index größer 26 oder • als Kombinationstherapie mit Glitazonen bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation und Body Mass Index größer 26 oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff bei Metformin- Unverträglichkeit oder - Kontraindikation und Body Mass Index kleiner 26 oder • als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff und Metformin, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, zu erfolgen. - Januvia darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Januvia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					

☛ **Änderung RE1 – RE2:**

Präparat		Menge	bisher	ab 01.01.2009
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J05AF11 Telbivudin				
RE2 L6	Sebivo 600 mg Filmtabl.	28 Stk.	RE1	RE2
<p>Bei Erwachsenen in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung gekennzeichnet durch nachgewiesene Virus-Replikation (mehr als 10 000 HBV–DNA Kopien/ml), kontinuierlich erhöhte Serum Alanin-Aminotransferase-Werte sowie histologischen Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss von einem/einer Arzt/Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B erfolgen. Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate)</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Sebivo eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>				

J06 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J06BB01 Anti-D(rh)-Immunglobulin				
RE2	Rhophylac 300 mcg/2 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	2 ml	RE1	RE2
Zur Prophylaxe der Rh0(D)-Sensibilisierung bei Rh-negativen Schwangeren in der 28. - 30. Schwangerschaftswoche. Keine Kostenübernahme bei Verabreichung post partum (da grundsätzlich im Krankenhaus verabreicht; Ausnahme: Hausgeburt). Bei sicher Rh-negativem Kindesvater ist eine Anti-D-Prophylaxe nicht erforderlich.				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
APA Tabl.	10 Stk.	N02AC54	31.12.2008
Atrovent 0,04 mg Kaps. z. Trockeninh.	30 Stk. 100 Stk.	R03BB01	01.01.2009
Aulin 100 mg Tabl.	6 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	M01AX17	01.01.2009
Buventol Easyhaler 100 mcg/Dosis Inhalationspulver	1 Stk.	R03AC02	26.11.2008
Buventol Easyhaler 200 mcg/Dosis Inhalationspulver	1 Stk.	R03AC02	26.11.2008
Doxybene 100 mg Kaps.	5 Stk.	J01AA02	03.12.2008
Exhirud Gel	40 g	C05BA01	09.12.2008
Exhirud Salbe	40 g	C05BA01	09.12.2008
Gastroloc „Hexal“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Gastroloc „Hexal“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Gurfix Lsg.	60 ml 150 ml	A01AB12	31.12.2008
INH „Waldheim“ 200 mg-Tabl.	100 Stk.	J04AC01	31.12.2008
L-Adrenalin „Fresenius“ spritzfertig 0,01 % (1:10.000) Amp.	5 Stk.	C01CA24	31.12.2008
Meloxicam „Ranbaxy“ 7,5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC06	01.01.2009
Meloxicam „Ranbaxy“ 15 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	M01AC06	01.01.2009
Nehydrin 1 mg Drag.	50 Stk.	C04AE04	31.12.2008
Nehydrin 3 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C04AE04	31.12.2008
Nifedipin „Stada“ 5 mg Kaps.	50 Stk.	C08CA05	01.01.2009
Nifedipin „Stada“ 10 mg Kaps.	20 Stk. 50 Stk.	C08CA05	01.01.2009
Pantoprazol „1A Pharma“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Pantoprazol „1A Pharma“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009

Pantoprazol „Sandoz“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Pantoprazol „Sandoz“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.01.2009
Rheumex Salbe	40 g	M02AC	01.01.2009
Sumatriptan „Stada“ 50 mg Tabl.	2 Stk. 6 Stk.	N02CC01	01.01.2009
Terbinac 125 mg Tabl.	14 Stk.	D01BA02	26.11.2008
Terbinac 250 mg Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	D01BA02	26.11.2008
Uropurat Tee	70 g	G04BX	31.12.2008

Die 48. Änderung des Erstattungskodex finden Sie **vollständig** unter www.avsv.at