Wichtige EKO Änderungen

ab August 2015 (lt. 130. Änderung des EKO vom 1. August 2015)

Grüner Bereich

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate:

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)
	60 Stk.	T2	-	7,00	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden**
N03 ANTIEPILEPTIKA					
N03AX14 Levetiracetam					
Levetiracetam "+pharma" 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	23,20	**21,15**
	100 Stk.	T2	-	32,10	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden**
1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	38,40	**39,95**
	100 Stk.	T2	-	52,60	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden**
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**
50 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	5,20	**8,89**
	90 Stk.	-	-	22,00	**32,92**
75 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	5,45	**8,90**
	60 Stk.	-	-	22,00	**32,92**
100 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	7,40	**13,38**
	90 Stk.	-	-	30,65	**48,19**
150 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	7,80	**13,45**
	60 Stk.	-	-	30,65	**48,19**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
200 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	10,85	**19,76**
	90 Stk.	-	-	44,75	**72,23**
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 (dort wo sie bisher bestanden hat) 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**
0,52 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	10,10	**7,55**
	30 Stk.	-	-	28,65	**20,65**
1,05 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	16,75	**11,55**
	30 Stk.	-	-	46,75	**30,95**
2,1 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	27,00	**18,80**
	30 Stk.	-	-	76,65	**47,80**
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:

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

Änderung des ATC-Codes:

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**

Gelber Bereich

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate:

	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:

	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.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE27 Ibrutinib					
RE1	**Imbruvica 140 mg Hartkaps.**	90 Stk. 120 Stk.	- -	- -	**5.855,50** **7.799,15**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
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. 2. Bei erwachsenen PatientInnen mit CLL als Erstlinientherapie, die aufgrund einer 17p Deletion oder einer TP53 Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. 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.					
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AB13 Peginterferon beta-1a					
RE1	**Plegridy 63 mcg und 94 mcg Inj.lsg. Fertigpen**	2 Stk.	-	-	**876,65**
RE1	**Fertigspr.**	2 Stk.	-	-	**876,65**
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.					
RE1 L12	**Plegridy 125 mcg Inj.lsg. Fertigpen**	2 Stk.	-	-	**876,65**
RE1 L12	**Fertigspr.**	2 Stk.	-	-	**876,65**
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).					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA31 Teriflunomid					
RE1 L6	**Aubagio 14 mg Filmtabl.**	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	**406,85** **789,05**
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).					
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07XX09 Dimethyl fumarat					
RE1	**Tecfidera 120 mg magensaftresistente Hartkaps.**	14 Stk.	-	-	**305,35**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
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.					
RE1 L6	**240 mg magensaftresistente Hartkaps.**	56 Stk.	-	-	**1.143,60**
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).					

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich

J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AX15 Sofosbuvir					
RE1	**Sovaldi 400 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	-	**14.224,35**
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C und nachgewiesenem Fibrosegrad 2, 3 oder 4 (METAVIR Score). – 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 PatientInnen, die mit Sofosbuvir 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.					
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AB07 Interferon beta-1a					

RE1 L12	**Avonex 30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigpen**	4 Stk.	-	-	**840,30**
RE1 L12	**30 mcg/0,5 ml Inj.lsg. Fertigspr.**	4 Stk.	-	-	**840,30**
RE1 L12	**30 mcg/1 ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg. (Bio-Set)**	4 Stk.	-	-	**840,30**
Bei PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose. Kriterien bei Ersteinstellung: 2 Schübe innerhalb der letzten 2 Jahre sowie EDSS kleiner gleich 5,5. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Schulung der PatientInnen in der Applikationstechnik. PatientInnen, die mit Interferon beta-1a behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Interferon beta-1a eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).					

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
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

*Die 130. Änderung des Erstattungskodex finden Sie **vollständig unter www.avsv.at***