STEIERMÄRKISCHE GEBIETSKRANKENKASSE

med info EKO

Ein Service der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse

Oktober 2014

24. Jg. / Nr. 10 / 2014

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2014

Informationsstand Oktober 2014

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10	ANTIDIABETIKA					
A10BB09	Gliclazid					
Gliclazid "Genericon" 30 mg Tabl.		30 Stk.	-	(2)	1,80	**0,40**
mit veränderter Wirkstofffreisetzung		120 Stk.	-	-	7,20	**2,00**
Mit Gliclazid "Genericon" steht ein weiteres Präparat mit dem Wirkstoff Gliclazid zur Verfügung.						
B01	ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04	Clopidogrel					
Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl.		7 Stk.	-	-	3,95	**1,60**
		30 Stk.	-	(2)	16,20	**5,73**
IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist						
Seit Jahren steigen die Verordnungszahlen der Clopidogrel-Präparate, wobei heuer ein Verordnungsanstieg von + 4% erwartet wird. Clopidogrel Accord ist das 16. Clopidogrel-Präparat im EKO und Plavix ist nach wie vor das mit Abstand teuerste.						

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

Impressum: Medieninhaber, Herausgeber, Verleger, Redaktion und Hersteller: alle Steiermärkische Gebietskrankenkasse, 8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1. Offenlegung gem. § 25 Mediengesetz: Alleiniger Medieninhaber (Verleger): Steiermärkische Gebietskrankenkasse, 8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1. Grundlegende Richtung des periodischen Mediums: Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärzte der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und andere mit dem Vertragsverhältnis in Zusammenhang stehende Belange. DVR: 0023990

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DA07 Telmisartan und Diuretika					
Telmisartan/HCT "Sandoz" 40 mg/12,5 mg überzogene Tabl.	30 Stk.	-	(2)	8,00	**9,18**
80 mg/12,5 mg überzogene Tabl.	30 Stk.	-	(2)	8,00	**11,88**
80 mg/25 mg überzogene Tabl.	30 Stk.	-	(2)	8,00	**11,88**
Telmisartan/HCT "Stada" 40 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	7,45	**9,20**
80 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	7,45	**11,90**
80 mg/25 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	7,45	**11,90**
Micardis kostet mehr als doppelt so viel wie die fünf verfügbaren Telmisartan Generika. Der Preisvorteil der Generika von Telmisartan ± HCT liegt derzeit im Bereich von mehreren Millionen Euro.					
G04 UROLOGIKA					
G04BD07 Tolterodin					
Tolterodin "Accord" 1 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	- -	(2) -	3,65 10,65	**3,89** **7,31**
2 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	- -	(2) -	3,65 10,65	**3,89** **7,31**
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AB10 Escitalopram					
Escitalopram "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	2,75 8,25	**5,75** **8,55**
10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	4,60 13,45	**8,41** **10,85**
20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T4 T4	(2) -	4,60 13,45	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **32,60** (Erstanbieter nicht im EKO)
Escitalopram "Krka" 5 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	3,80 8,20	**5,80** **8,60**
10 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	6,40 13,40	**8,45** **10,89**
20 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	T2 T2	(2) -	6,40 13,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **32,64** (Erstanbieter nicht im EKO)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Escitalopram "ratiopharm" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,65	**5,89**
	30 Stk.	-	-	8,15	**8,64**
10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,50	**8,55**
	30 Stk.	T2	-	13,35	**10,94**
15 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,50	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	-	13,35	
20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	-	13,35	**32,69** (Erstanbieter nicht im EKO)
Escitalopram "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,75	**5,75**
	30 Stk.	-	-	8,25	**8,55**
10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,60	**8,41**
	30 Stk.	T2	-	13,45	**10,85**
15 mg Filmtabl.	10 Stk.	T3	(2)	4,60	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T3	-	13,45	
20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T4	(2)	4,60	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T4	-	13,45	**32,60** (Erstanbieter nicht im EKO)
Solatcit 5 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	(2)	3,85	**5,75**
	30 Stk.	-	-	8,25	**8,55**
10 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	6,45	**8,40**
	30 Stk.	T2	-	13,45	**10,85**
20 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	6,45	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	-	13,45	**32,60** (Erstanbieter nicht im EKO)
Der Aufwand der SV-Träger für Cipralex-Präparate lag 2013 im Bereich von rund € 26 Mio. Das jährliche Einsparpotenzial durch die nunmehr verfügbaren Generika liegt daher auf Basis der aktuellen Preise bei über € 12 Mio.					

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

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C08	CALCIUMKANALBLOCKER				
C08GA02	Amlodipin und Diuretika				
Fludexam 1,5 mg/5 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung		30 Stk.	-	(2)	**7,60**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Fludexam 1,5 mg/10 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	(2)	**7,60**

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 "Stada" 10 mg Filmtabl.**	28 Stk.	T2	(2)	21,15	**5,30**
RE2 L6	**20 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	(2)	33,75	**8,20**
– 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.	-	-	22,70	**5,05**
– 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: Oktober 2014)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C02	**ANTIHYPERTONIKA**				
C02KX04	**Macitentan**				
RE1 L3	**Opsumit 10 mg Filmtabl.**	30 Stk.	-	-	**2.453,80**
Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren. Macitentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).					
J06	**IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE**				
J06BA02	**Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung**				
RE1	**Intratect 100 g/l Inf.lsg.**	50 ml 100 ml 200 ml	- - -	- - -	**276,55** **531,30** **1.037,90**
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Agnukliman Tropf.	100 ml	G02CX04	01.10.2014
Diastabol 50 mg Tabl.	30 Stk. 120 Stk.	A10BF02	01.10.2014
Diastabol 100 mg Tabl.	30 Stk. 120 Stk.	A10BF02	01.10.2014

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D07	**CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN**				
D07AD01	**Clobetasol**				
Dermovate crinale Lsg.		30 ml	-	-	**6,20**
Streichung der 15 ml-Packung					

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H01	**HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA**				
H01AC01	**Somatropin**				
RE1	**Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.**	1 Stk.	-	-	**123,00**
		5 Stk.	-	-	**592,45**
		1 Stk.	-	-	**123,00**
		5 Stk.	-	-	**592,45**
RE	**110 mg/1,5 ml Inj.lsg.**	1 Stk.	-	-	**220,00**
		5 Stk.	-	-	**1.161,00**
		1 Stk.	-	-	**220,00**
		5 Stk.	-	-	**1.161,00**

Kinder:

Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz

Erwachsene:

Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):

- Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren.
- In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet.

Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

Aufnahme weiterer Packungsgrößen in anderer Packungsform – mit Nadelschutz.
Der dazugehörige Pen wird von der Anbieterfirma zur Verfügung gestellt.

Kontaktadresse:

Steiermärkische
Gebietskrankenkasse
☎ (0316) 8035-0
http://www.stgkk.at

Mag. pharm. Dr. med. Isabella Bauer-Rupp (DW 1274)
isabella.bauer-rupp@stgkk.at