STEIERMÄRKISCHE GEBIETSKRANKENKASSE

med info EKO

Ein Service der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse

Mai 2014

24. Jg. / Nr. 5 / 2014

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) 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.	30 Stk.	-	-	3,90	**14,80** (Erstanbieter nicht im EKO)
mit veränderter Wirkstofffreisetzung	60 Stk.	-	-	7,80	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**

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 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*
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 mehr als sechsmal soviel. Regelkonform sollten sich daher Rosuvastatinverordnungen auf „nachgewiesene und dokumentierte Unverträglichkeiten von Therapiealternativen" beschränken.					
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)

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

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

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
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.					

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
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					
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	-	-	**140,45**
		1 Stk. 5 g/50 ml	-	-	**248,85**
		1 Stk. 10 g/100 ml	-	-	**480,60**
		1 Stk. 20 g/200 ml	-	-	**936,50**
		1 Stk. 40 g/400 ml	-	-	**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).					

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

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