STEIERMÄRKISCHE GEBIETSKRANKENKASSE

med info

EKO

Ein Service der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse

September 2015

25. Jg. / Nr. 9 / 2015

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab September 2015

Informationsstand September 2015

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02	MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC02	Pantoprazol					
Pantoprazol "Mylan"		14 Stk.	-	-	1,10	**2,80**
	20 mg magensaftres. Tabl.	30 Stk.	-	(2)	2,35	**4,56**
		7 Stk.	-	-	1,10	**2,45**
	40 mg magensaftres. Tabl.	14 Stk.	-	-	2,25	**3,80**
		30 Stk.	-	-	4,85	**4,22**

Mit Pantoprazol „Mylan" kommt ein weiteres Pantoprazolpräparat auf den Markt, welches noch kostengünstiger ist als die bisher wirtschaftlichsten Pantoprazol-Alternativen.

Aufgrund der nach wie vor hohen Verordnungszahlen für den Erstanbieter Pantoloc ist das Einsparpotential sehr hoch.

Achtung: großer Preisunterschied zwischen den generischen Präparaten. Zur Ausschöpfung des hohen Einsparpotentiales ist es wichtig, das Ökotool zu verwenden!

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

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*
N04 ANTIPARKINSONMITTEL					
N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer					
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	**20,95**
	100 Stk.	-	-	66,70	**56,30**
75 mg/18,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	66,70	
100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	**24,00**
	100 Stk.	-	-	66,70	**60,15**
125 mg/31,25 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	66,70	
150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	**27,05**
	100 Stk.	-	-	66,70	**68,35**
175 mg/43,75 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	66,70	
200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	66,70	
Mit der Markteinführung des ersten Nachfolgers von Stalevo steht das Kombinationspräparat, welches mit einem Jahresaufwand für die SV-Träger von über € 7 Mio. verbunden ist, generisch zur Verfügung.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AX12 Aripiprazol					
Aripiprazol "ratiopharm" 10 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	23,80	**38,18**
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	**66,21**
15 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	23,80	**38,18**
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	**66,21**
20 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	23,80	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	
30 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	23,80	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	**163,26** (Erstanbieter nicht im EKO)
Aripiprazol „ratiopharm" ist das zweite Nachfolgepräparat zu Abilify.					

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

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A03	MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN				
A03FA01	Metoclopramid				
Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen		150 ml	-	-	**3,10**

Mit der Aufnahme von Ceolat 1mg/ml Lsg. wird wieder ein Metoclopramid-Präparat in flüssiger Form in den Erstattungskodex aufgenommen. Geändert hat sich das Anwendungsgebiet:

- Vorbeugung von nach Chemotherapie verzögert auftretender Übelkeit und verzögert auftretendem Erbrechen (CINV)
- Vorbeugung von Übelkeit und Erbrechen, die durch Strahlentherapie verursacht werden (RINV)
- symptomatische Behandlung von Übelkeit und Erbrechen, einschließlich Übelkeit und Erbrechen, die durch akute Migräne hervorgerufen werden; Metoclopramid kann in Kombination mit oralen Schmerzmitteln verwendet werden, um die Resorption des Schmerzmittels bei akuter Migräne zu fördern

ROT → GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N07	ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07BC05	Levomethadon					
RE1	**Levo-Methasan 5 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen**	100 ml	-	-	14,15	**12,85**
		150 ml	-	-	20,30	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
		300 ml	-	-	39,20	**36,60**
SG						
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)						

Levo-Methasan ist der erste Nachfolger von L-Polamidon, einem Konzentrat zur Herstellung magistraler Levomethadonhydrochlorid-Lösungen. Mit 150 ml steht eine zusätzliche Packungsgröße zur Verfügung, die bei bestimmten Dosierungen zu einer Reduktion des Verwurfs von angebrochenen Packungen führt. Damit vergrößert sich im Einzelfall der Kostenvorteil gegenüber L-Polamidon.

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

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B02	**ANTIHÄMORRHAGIKA**				
B02BD02	**Gerinnungsfaktor VIII**				
RE1	**Octanate LV 100 IE/ml Plv.**	1 Stk. (500 IE)	-	-	**380,65**
RE1	**200 IE/ml Plv.**	1 Stk. (1000 IE)	-	-	**736,60**
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
H01	**HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA**				
H01AC01	**Somatropin**				
RE1	**Omnitrope 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.**	1 Stk. 5 Stk.	- -	- -	**325,15** **1.513,95**
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.					
L01	**ANTINEOPLASTISCHE MITTEL**				
L01XX46	**Olaparib**				
RE1	**Lynparza 50 mg Hartkaps.**	448 Stk.	-	-	**5.302,80**
Als Monotherapie für die Erhaltungstherapie von erwachsenen Patientinnen mit einem Platin-sensitiven Rezidiv eines BRCA-mutierten (Keimbahn und/oder somatisch), high-grade, serösen, epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms, die auf eine Platin-basierte Chemotherapie ansprechen (vollständiges oder partielles Ansprechen mittels RECIST-Kriterien dokumentiert). Der BRCA-Mutationsstatus ist von einem erfahrenen Labor mittels einer validierten Testmethode festzustellen. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des Platin-sensitiven Rezidivs eines BRCA-mutierten (Keimbahn und/oder somatisch), high-grade, serösen, epithelialen Ovarialkarzinoms, Eileiterkarzinoms oder primären Peritonealkarzinoms.					

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N07	**ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM**				
N07BC02	**Methadon**				
RE1	**Methasan 10 mg/ml Konz. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen**	100 ml	-	-	**12,60**
		150 ml	-	-	**18,30**
		300 ml	-	-	**34,70**
SG					
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung)					
Methasan ist ein Konzentrat zur Herstellung magistraler Methadonlösungen					
S01	**OPHTHALMIKA**				
S01EE01	**Latanoprost**				
RE2	**Monopost 50 mcg/ml Augentropf. Einzeldosen**	30 Stk.	-	(2)	**15,10**
In der Indikation Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Acetylcystein "Hexal" 100 mg lösb. Tabl.	20 Stk.	R05CB01	01.09.2015
Arulatan 50 mcg/ml Augentropf.	2,5 ml	S01EE01	01.09.2015
Brufen 400 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	M01AE01	01.09.2015
Gabapentin "Actavis" 400 mg Hartkaps.	100 Stk.	N03AX12	01.09.2015
Lanolept 50 mg Tabl.	50 Stk.	N05AH02	01.09.2015
Metformin "Pfizer" 850 mg Filmtabl.	30 Stk. 90 Stk.	A10BA02	01.09.2015
Naprobene 250 mg Filmtabl.	30 Stk.	M01AE02	01.09.2015
Octanate 50 IE/ml	1 Stk.	B02BD02	01.09.2015
Octanate 100 IE/ml	1 Stk.	B02BD02	01.09.2015
Ultracortenol 0,5 % Augentropf.	5 ml	S01BA04	01.09.2015

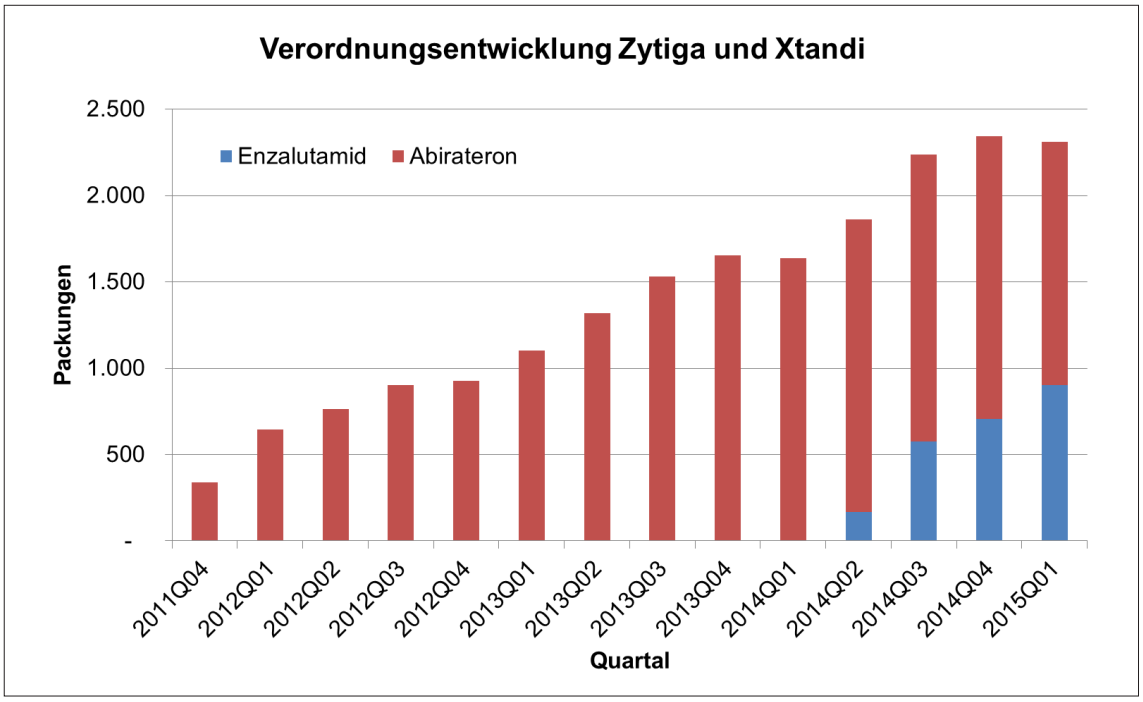
Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Übernahme vom Gelben Bereich):

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10	ANTIDIABETIKA				
A10BG03	Pioglitazon				
Pioglitazon "Teva" 15 mg Tabl.		28 Stk.	-	-	**9,75**
	30 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	**9,75**
	45 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	**9,75**
IND: Wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird					
63.511 Packungen von Pioglitazon-Präparaten wurden im 1. Halbjahr 2015 mit Vorbewilligungspflicht verordnet. Für Pioglitazon Teva entfällt ab sofort die Vorbewilligungspflicht.					

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L02	ENDOKRINE THERAPIE				
L02BB04	Enzalutamid				
RE1	**Xtandi 40 mg Weichkaps.**	112 Stk.	-	(2)	**3.064,80**
Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogon – zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei – PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und – Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und – einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und – einem Wert von 0 bis höchstens 3 für den stärksten Schmerz innerhalb der letzten 24 Stunden auf einer von 0 bis 10 reichenden Numeric Rating Scale (NRS) – zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.					
L02BX03	Abirateron				
RE1	**Zytiga 250 mg Tabl.**	120 Stk.	-	(2)	**3.281,95**
Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogon und Prednison oder Prednisolon – zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei • PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und • Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogon oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und • einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und • einem Wert von 0 bis höchstens 3 für den stärksten Schmerz innerhalb der letzten 24 Stunden auf einer von 0 bis 10 reichenden Numeric Rating Scale (NRS)					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
– zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.				
Entsprechend der Zulassungserweiterung kann nun auch Xtandi, analog zu Zytiga, vor einer Chemotherapie eingesetzt werden. Der Verordnungsverlauf der beiden Substanzen zeigt eine lineare Entwicklung bis zur Indikationserweiterung (vor einer Chemotherapie) von Zytiga Ende 2013. Der nochmalige Verordnungsanstieg erreicht im 1. Quartal 2015 ein Plateau.				



Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01 OPHTHALMIKA				
S01ED51 Timolol, Kombinationen				
Dorzolamid comp "ratiopharm" **20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.** vormals Dorzoratio comp 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	5 ml 1ml = 30 Tr.	-	(2)	**6,10**
Au				
Latanoprost comp "ratiopharm" **50 mcg/ml und 5 mg/ml Augentropf.** vormals Latanoratio comp 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	2,50 ml 1 ml = 33 Tr.	-	(2)	**10,00**

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
S01EE01	Latanoprost				
Latanoprost "ratiopharm" **50 mcg/ml Augentropf.** vormals Latanoratio 50 mcg/ml Augentropf.		2,50 ml 1 ml = 32 Tr.	-	(2)	**8,95**
Au					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C07	BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN				
C07BB07	Bisoprolol und Thiazide				
Rivacor plus Filmtabl.		50 Stk.	-	-	**8,50**
plus forte Filmtabl.		50 Stk.	-	-	**9,65**
Streichung der 20 Stk.-Packungen					
C09	MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09XA52	Aliskiren und Hydrochlorothiazid				
Rasilez HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabl.		28 Stk.	-	(2)	**24,55**
150 mg/25 mg Filmtabl.		28 Stk.	-	(2)	**24,55**
IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden					
Streichung der 14 Stk.-Packungen					
Die positive Erwartungshaltung für Aliskiren konnte in klinischen Endpunktstudien nicht bestätigt werden. Nach der Streichung von Rasilamlo im Juli 2015 fallen nun auch die Kleinpackungen von Rasilez HCT aus der Erstattung. Neueinstellungen auf ein Aliskiren-Präparat sollten mit Hinweis auf die Studienergebnisse mit dieser Substanz daher besonders kritisch erfolgen.					
M01	ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA				
M01AE03	Ketoprofen				
Profenid retard 200 mg Kaps.		30 Stk.	-	(2)	**8,70**
Streichung der 50 Stk.-Packung					

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

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