Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2015

Informationsstand März 2015

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AH04 Quetiapin					
Quetiapin "Sandoz" 50 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	2,90 7,00	**6,70** **15,40**
200 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) (2)	8,10 18,40	**12,20** **28,00**
300 mg Retardtabl.	10 Stk. 60 Stk.	- -	(2) -	10,65 39,60	**17,70** **70,45**
400 mg Retardtabl.	10 Stk. 60 Stk.	- -	(2) -	13,15 48,70	**36,15** **114,30**
Quetiapin hat bundesweit einen Jahresumsatz von ca. € 26 Mio., und wird zu 30 % in retardierter Form rezeptiert. Die Verfügbarkeit von Quetiapin Sandoz sollte den Verordnungsanteil an generischem Quetiapin deutlich steigern, zumal der Preisvorteil bis zu € 114,30 pro Monatspackung beträgt.					
R01 RHINOLOGIKA					
R01AD09 Mometason					
Mometason Cipla 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray, Susp.	140 Hb.	-	-	6,30	**4,60**
IND: *allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen*					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BB03 Alendronsäure und Colecalciferol				
Alendronsäure comp. ratiopharm 70 mg/0,07 mg (2.800 IU) Tabl.	4 Stk.	-	(2)	**6,80**
70 mg/0,14 mg (5.600 IU) Tabl.	4 Stk.	-	(2)	**6,80**

ROT → GELB

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				

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

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10BX12 Empagliflozin					
RE1 L6	**Jardiance 10 mg Filmtabl.**	14 Stk. 30 Stk.	- -	- -	**24,00** **48,80**
RE1 L6	**25 mg Filmtabl.**	14 Stk. 30 Stk.	- -	- -	**24,00** **48,80**

Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II

- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.
- Die Behandlung mit Empagliflozin hat nur als Second-line-Therapie
  - als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder
  - als Kombinationstherapie mit Metformin oder
  - als Kombinationstherapie mit Metformin und einem Sulfonylharnstoff oder
  - als Kombinationstherapie mit Metformin und Pioglitazon oder
  - als Kombinationstherapie mit Pioglitazon (bei Metformin-Unverträglichkeit oder –Kontraindikation) oder
  - als Kombinationstherapie mit Insulin mit oder ohne Metformin

  zu erfolgen.
- Empagliflozin wird in Kombination mit DPP-IV-Hemmern oder Gliniden nicht erstattet.
- Keine Neueinstellung mit Empagliflozin bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min. Wenn die Kreatinin-Clearance unter Empagliflozin-Therapie unter 60 ml/min fällt, ist eine maximale Tagesdosis von 10 mg einzusetzen. Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min.
- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.
- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.
- Empagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).

Vom bundesdeutschen IQWIG wird Empaglifloxin sehr kritisch bewertet (https://www.iqwig.de/download/A14-26_Empagliflozin_Kurzfassung_Nutzenbewertung-35a-SGB-V.pdf, Zugang am 10.2.2015).
Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) teilen diese Einschätzung nicht (http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Stellungnahmen/DDG_DGIMStellungnahme_Empagliflozin_20141123.pdf, Zugang am 10.2.2015).
Jardiance hat jedenfalls einen etwas niedrigeren Monatstherapiepreis als die bereits im EKO gelisteten SGLT2-Hemmer Forxiga und Invokana.

B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD06 Von-Willebrand-Faktor und Gerinnungsfaktor VIII in Kombination					
RE1	**Wilate 500 IE FVIII und 500 IE VWF**	1 Stk.	-	-	**352,35**
RE1	**1000 IE FVIII und 1000 IE VWF**	1 Stk.	-	-	**670,20**

Bei von Willebrand-Jürgens-Syndrom, wenn die Behandlung mit DDAVP (1-Desamino-8-D-Arginin-Vasopressin (Desmopressin)) ineffektiv oder kontraindiziert ist.
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A).
Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.

Es handelt sich um den Austausch der Wirkstoffstärken zu 450 IE bzw. 900 IE gegen 500 IE bzw. 1000 IE.

B02BX05 Eltrombopag					
RE1	**Revolade 75 mg Filmtabl.**	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	**1.509,45** **2.994,25**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Eltrombopag ausreichend informierte ÄrztInnen.				
Die Wirkstärke von 75 mg ermöglicht eine im Einzelfall höhere Dosierung als Einmalgabe.				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Risperidon "Actavis" 6 mg Filmtabl.	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.03.2015
Wilate 450, 450 IE FVIII / 400 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD06	01.03.2015
Wilate 900, 900 IE FVIII / 800 IE VWF Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	B02BD06	01.03.2015

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R06 ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
R06AX26 Fexofenadin				
Allegra 120 mg Filmtabl. *(vormals Telfast 120 mg Filmtabl.)*	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	**5,65** **13,25**

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10AB05 Insulin aspart				
NovoRapid PumpCart 100 E/ml Inj.lsg. Patronen	5 Stk.	-	(2)	**23,50**
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße				
NovoRapid PumpCart ist für die Verwendung mit der Accu-Chek Insight Insulinpumpe vorgesehen.				
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN				
C10AA05 Atorvastatin				
Atorvastatin "easypharm" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	**8,35**
20 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	**8,35**
Jeweils Streichung der 10 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AC01 Betamethason				
Betnovate Creme	30 g	-	-	**3,90**
Streichung der 15 g-Packung				
Betnovate crinale Lsg.	30 ml	-	-	**5,75**
Streichung der 15 ml-Packung				