

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2014

Informationsstand Juli 2014

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09BB02 Enalapril und Lercanidipin					
Enalapril/Lercanidipin "Krka" 10 mg/10 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	5,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 9,00
	30 Stk.	-	(2)	11,20	
20 mg/10 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	5,35	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 10,85
	30 Stk.	-	(2)	11,20	
Durch die generische Verfügbarkeit von Lercanidipin ab 2010 konnten die Monatstherapiekosten von vormals € 16,35 bis 2014 um ca. 60 % gesenkt werden. Zeitgleich zur generischen Verfügbarkeit von Lercanidipin wurde 2010 die Fixkombination mit Enalapril in den Grünen Bereich des EKO aufgenommen. Mit durchschnittlichen Monatstherapiekosten von ca. € 20,60 war die Therapie mit der Fixkombination wesentlich teurer als mit den Einzelsubstanzen. Für wirtschaftliche Verordner ist daher ab sofort auch die Fixkombination von Lercanidipin und Enalapril generisch verfügbar und der Handelsname ist Enalapril/Lercanidipin "Krka".					
C09DA07 Telmisartan und Diuretika					
Tolucombi 40 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	9,40	14,63
80 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	9,40	18,28
80 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	9,40	18,28
Da die Generikaverordnung innovationsfördernd ist, sollte Telmisartan ausschließlich generisch verordnet werden. Auch die Argumentation des fehlenden generischen Kombinationspräparates mit HCT ist durch die Aufnahme von Tolucombi in den EKO hinfällig.					
R01 RHINOLOGIKA					
R01AD09 Mometason					
Mometason "Hexal" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray	18 g	-	-	7,05	8,30
<i>IND: allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen</i>					
Nach Mometason ratiopharm ist Mometason Hexal das zweite Nachfolgepräparat zu Nasonex Nasenspray. Die Mometason-Generika haben nicht nur den ausgewiesenen Preisvorteil gegenüber dem Originärpräparat sondern sind auch weit kostengünstiger als viele Corticosteroid-Nasensprays. Das noch teurere Dymista ist regelkonform ohnehin nur Zweitlinientherapie.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE01 Latanoprost					
Latanoprost "Unimed Pharma" 50 mcg/ml Augentropf.	2,5 ml	-	(2)	8,25	1,35
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Augenheilkunde					

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

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AK11 Formoterol und Fluticason				
Flutiform 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	-	-	30,70
<i>IND: Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren</i>				
125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	-	-	41,65
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren</i>				
Iffera 50 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	-	-	30,70
<i>IND: Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren</i>				
125 mcg/5 mcg pro Sprühstoß Druckgasinh. Susp.	120 Hb.	-	-	41,65
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren</i>				

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 "Genericon" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	23,35	4,66
RE2 L6	20 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	37,60	6,86
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). 						

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2	5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)	28 Stk.	-	-	23,40	4,35
<ul style="list-style-type: none"> – Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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. 						
RE2	Memantin "Sandoz" 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	-	8,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
L6		30 Stk.	T2	(2)	23,35	4,66
RE2	20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T4	-	13,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
L6		30 Stk.	T4	(2)	37,60	6,86
<ul style="list-style-type: none"> – Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) 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). <p>Der Regelbestandteil „darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden“ wurde durch eine aktuelle Studie bestätigt. Donepezil and Memantine for Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. N Engl J Med 2012;366:893-903: "There were no significant benefits of the combination of donepezil and memantine over donepezil alone." Die Kombination mit einem Cholinesterasehemmer ist auch durch die Fachinformation nicht gedeckt.</p>						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII					
RE1	Beriate 200 I.E./ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	1 Stk. 2000 IE	-	-	1.132,50
Bei angeborenem (Hämophilie A) oder erworbenem Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
Aufnahme einer neuen Wirkstärke					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE23 Dabrafenib					
RE1	Tafinlar 50 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	1.175,25
		120 Stk.	-	-	4.955,75
RE1	75 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	1.750,55
		120 Stk.	-	-	7.421,30
<p>Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit BRAF V600 Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom. Nachweis einer positiven BRAF V600 Mutation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin; sowie regelmäßige EKG-Kontrollen.</p> <p>Tafinlar ist wie Zelboraf (Vemurafenib) ein selektiver Inhibitor des BRAF und damit ein weiterer Vertreter der personalisierten Medizin. Die Therapieentscheidung fällt auf Basis der Ergebnisdaten des Biomarkers BRAF-V600. Die beiden Substanzen Vemurafenib und Dabrafenib werden auf Basis der Ergebnisparameter „progressionfreies Überleben“ und „Gesamtüberleben“ als gleichwertig beurteilt. Die Standarddosierung beträgt bei Zelboraf 2x4 Kapseln täglich und bei Tafinlar 2x2 Kapseln täglich. Von Zelboraf steht nur eine Wochenpackung zur Verfügung, für Tafinlar auch eine Monatspackung. Pro Monatstherapie sind die Kosten für Tafinlar um 20 % (über € 2.000,-- Differenz) niedriger.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Betahistin "Arcana" 8 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N07CA01	01.07.2014
Binocrit 3.000 IE/0,3 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.07.2014
Diclofenac "1A Pharma" retard 150 mg Tabl.	14 Stk.	M01AB05	01.07.2014
Limbitrol Kaps.	30 Stk. 100 Stk.	N06CA01	01.07.2014
Tramal 100 mg Supp.	5 Stk.	N02AX02	11.06.2014
Trobalt Starterpackung 50 mg/100 mg Filmtabl.	63 Stk.	N03AX21	01.07.2014

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07CA Elektrolyte zur oralen Rehydrierung				
Normhydral lösl. Plv.	5 Stk.	-	-	5,65
Frei verschreibbar				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA				
B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	Beriate 100 I.E./ml Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.- oder Inf.lsg.	1 Stk. 250 IE	-	-	171,00
		1 Stk. 500 IE	-	-	302,80
		1 Stk. 1000 IE	-	-	578,60
Bei angeborenem (Hämophilie A) oder erworbenem Faktor VIII-Mangel. Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					

Überführung von RE1 in RE2:

J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AF10 Entecavir					
RE2 L6	Baraclude 0,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	444,40
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung (mit nachgewiesener aktiver Virusreplikation [mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml], kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase-Werten sowie histologischem Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose).</p> <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B erfolgen.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle drei Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen bei HBeAg- oder HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit; - bei HBeAg-negativen PatientInnen (Prä-Core-Mutante) bei HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit. <p>Baraclude eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
RE2 L6	Baraclude 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	461,05
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation chronische Hepatitis B- mit kompensierter Lebererkrankung (mit nachgewiesener aktiver Virusreplikation [mehr als 10.000 HBV-DNA-Kopien/ml], kontinuierlich erhöhten Serum-Alanin-Aminotransferase-Werten sowie histologischem Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose).</p> <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit kompensierter Lebererkrankung, wenn eine Lamivudin-Vortherapie versagt hat (nicht bei PatientInnen mit Lamivudin-Resistenz) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit einer dekompenzierten Lebererkrankung. <p>Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B erfolgen.</p> <p>Regelmäßige Überwachung biochemischer, virologischer und serologischer Hepatitis-B-Marker (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist außer bei PatientInnen mit dekompenzierten Lebererkrankung abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei HBeAg-positiven PatientInnen bei HBeAg- oder HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit; - bei HBeAg-negativen PatientInnen (Prä-Core-Mutante) bei HBsAg-Serokonversion oder bei Verlust der Wirksamkeit. <p>Baraclude eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
J05AR09 Emtricitabin, Tenofovir Disoproxil, Elvitegravir und Cobicistat					
RE2	Stribild 150 mg/150 mg/200 mg/ 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	1.139,70

Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, die antiretroviral nicht vorbehandelt sind oder bei denen HIV-1 keine Mutation aufweist, die mit Resistenz gegen einen der enthaltenen Wirkstoffe assoziiert ist.
Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C04 PERIPHERE VASODILATATOREN				
C04AE Mutterkorn-Alkaloide				
DHE "ratiopharm" 5 mg Kaps.	20 Stk.	-	(2)	5,10
Streichung der 50 Stk.-Packung				