

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2014

Informationsstand Juni 2014

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel "Ranbaxy" 75 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	5,90	1,42
	30 Stk.	-	(2)	16,90	5,08
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>					
Clopidogrel Ranbaxy ist schon das 13. Nachfolgeprodukt zu Plavix. Der manchmal argumentierte fehlende Preisvorteil der Generika einige Monate nach Patentablauf ist auch bei dieser Substanz nicht zutreffend. Clopidogrel Ranbaxy hat einen Preisvorteil von 23 % und das Einsparpotenzial bei vollständiger Substitution von Plavix durch kostengünstigere Generika liegt bei über € 1 Mio. pro Jahr.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA07 Telmisartan					
Telmisartan "Stada" 40 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	8,75	14,65
80 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	8,75	18,30
Nach Telmicard, Telmisartan ratiopharm und Telmisartan Sandoz besticht auch Telmisartan Stada mit einem beachtlichen Preisvorteil. Telmisartan Stada kostet um fast 70 % (sic!) weniger als Micardis.					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01BC06 Capecitabin					
Capecitabin "medac" 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	27,00	49,80 (Erstanbieter in RE2)
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	155,10	264,15 (Erstanbieter in RE2)
Capecitabin "Stada" 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	27,00	49,80 (Erstanbieter in RE2)
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	155,10	264,15 (Erstanbieter in RE2)
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA04 Alendronsäure					
Alendronsäure "Sandoz" 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl.	4 Stk.	-	(2)	13,15	4,60
Alendronsäure "Sandoz" 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 Sandoz Brausetabl. 60 St.	4 Stk.	-	(2)	13,15	4,60

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
M05BA08 Zoledronsäure					
Steezol 4 mg/5 ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	-	(2)	131,45	88,55
<i>IND: Knochenprozesse neoplastischer Genese</i>					
N02 ANALGETIKA					
N02AE01 Buprenorphin					
Astec 35 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	-	21,55	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	10 Stk.	-	-	40,40	
52,5 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	-	31,15	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	10 Stk.	-	-	59,95	
70 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	-	39,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	10 Stk.	-	-	76,05	
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind</i>					
SG					
Astec ist das erste Nachfolgepräparat zu Transtec, unterscheidet sich von diesem jedoch durch Tragedauer und Packungsgröße. Der Preisvorteil ist beträchtlich.					
R01 RHINOLOGIKA					
R01AD09 Mometason					
Mometason "ratiopharm" 50 mcg/Sprühstoß Nasenspray, Susp.	18 g	-	-	8,30	7,05
<i>IND: allerg. Rhinitis; Behandlung nasaler Polypen</i>					
Erster Nachfolger zu Nasonex aquosum.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C05 VASOPROTEKTOREN				
C05AA04 Prednisolon				
Scheriproct Salbe	30 g	-	-	6,75
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AL04 Indacaterol und Glycopyrroniumbromid				
Ultibro Breezhaler 85 mcg/43 mcg Hartkaps. mit Plv. zur Inhalation	30 Stk.	-	(2)	75,10
<i>IND: COPD ab GOLD Grad B nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i>				
Kombination von Glycopyrroniumbromid mit einem neuen langwirksamen Betamimetikum.				

ROT → **GELB**

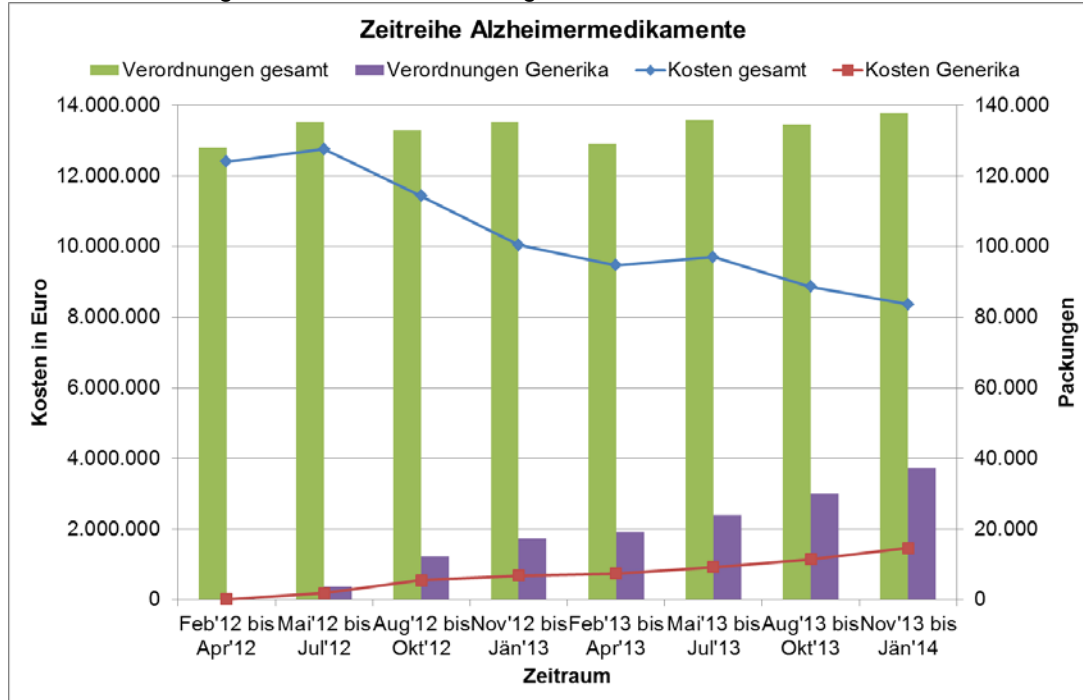
Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DA02 Donepezil						
RE2	Donepezil HCl "1A Pharma" 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	8,30	1,44
L6		30 Stk.	-	-	23,50	5,07
RE2	10 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	38,35	7,56
L6						
<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) größer bzw. gleich 10 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 Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						
N06DA03 Rivastigmin						
RE2	Rivastigmin "ratiopharm" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk.	-	-	14,60	12,40
L6		30 Stk.	-	(2)	58,25	47,45
RE2	9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	58,25	47,45
L6						
<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) größer bzw. gleich 10 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 Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						

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

Beginnend mit Frühjahr 2012 sind alle Alzheimermedikamente – die Substanzen Donepezil, Rivastigmin, Galantamin und Memantin – generisch verfügbar geworden. Die Entwicklung der Kosten und Verordnungen spiegelt den Nutzen der Generika für das Gesundheitssystem im besten Sinn wider: Bei leicht steigenden Verordnungszahlen sinken die Kosten deutlich. Obwohl die Monatstherapiekosten in den letzten beiden Jahren von ca. € 100,- auf das derzeitige Generikaniveau von ca. € 40,- gefallen sind, sind die Verordnungszahlen nicht sprunghaft angestiegen. Das kann durchaus positiv interpretiert werden, dass es bei alleiniger Verfügbarkeit des Erstanbieterpräparates keine Unterversorgung gegeben hat. Der Dreimonatsaufwand für die Substanzgruppe ist von € 13 Mio. auf zuletzt € 8,3 Mio. gesunken. Auf Grund des hohen Preisvorteils der Generika und des noch steigerungsfähigen Generikaanteils können die Kosten noch deutlich weiter reduziert werden. Mit der Verfügbarkeit des transdermalen Systems von Rivastigmin rtp ist diese verordnungsstarke Darreichungsform auch kostengünstig generisch verfügbar.

Grafik: Verordnungs- und Kostenentwicklung der Alzheimermedikamente



N06DX01 Memantin

RE2 L6	Memantin "1A Pharma" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	9,60 27,00	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,25
RE2 L6	20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T4 T4	- (2)	16,00 44,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 0,28

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<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). 						
RE2 L6	Memantin "easypharm" 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	9,60 27,00	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,25
RE2 L6	20 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	T2 T2	- (2)	16,00 44,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 0,28
<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). 						

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Binocrit 4.000 IE/0,4 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.06.2014
Estramon 75 mcg/24 h Depot-Pflaster	4 Stk.	G03CA03	01.06.2014
Metoceolat 4 mg/ml Tropf.	30 ml	A03FA01	30.04.2014
Metogastron 4 mg/ml Tropf.	30 ml	A03FA01	30.04.2014
Paspertin Tropf.	30 ml	A03FA01	30.04.2014

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN				
B05BB01 Elektrolyte				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Na. chlorat. physiolog. 0,9 % "Medica" Glasinf.fl. 250 ml	1 Stk.	-	(2)	1,40
500 ml	1 Stk.	-	(2)	1,50
Plastikinf.fl. 500 ml	1 Stk.	-	(2)	1,65
Streichung der Plastikinf.fl. 250 ml				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AC05 Ustekinumab				
RE1 Stelara 45 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	-	-	3.151,85
<p>1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Diagnosestellung, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. Die PatientInnen sollen in ein entsprechendes Register aufgenommen werden.</p>				
RE1 Stelara 90 mg Inj.lsg. in einer Fertigspr.	1 Stk.	-	-	3.151,85

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben. Diagnosestellung, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> <p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben. Die PatientInnen sollen in ein entsprechendes Register aufgenommen werden.</p>					
Erweiterung der Indikation in beiden Wirkstärken um Psoriasis-Arthritis.					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA03 Rivastigmin					
RE2	Exelon 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk.	-	-	27,00
L6		30 Stk.	-	(2)	105,70
RE2	9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	105,70
L6					
<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) größer bzw. gleich 10 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 Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN					
B05BB01 Elektrolyte					
RE2	Na. chlorat. physiolog. 0,9 % "Medica" Glasinf.fl. 250 ml	10 Stk.	-	-	8,45
RE2	500 ml	10 Stk.	-	-	8,85

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.				
Streichung der Plastikinf.fl. 250 ml 10 Stk.				