

# 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*
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BB09 Gliclazid</b>					
<b>Gliclada 60 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	30 Stk.	-	-	3,90	<b>14,80</b> (Erstanbieter nicht im EKO) Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	-	-	7,80	
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.					
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09CA07 Telmisartan</b>					
<b>Telmicard 40 mg Tabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	10,75	<b>13,37</b>
<b>80 mg Tabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	10,75	<b>17,02</b>
<b>Telmisartan "ratiopharm" 40 mg Tabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	10,75	<b>13,37</b>
<b>80 mg Tabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	10,75	<b>17,02</b>
<b>Telmisartan "Sandoz" 40 mg Tabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	10,75	<b>13,37</b>
<b>80 mg Tabl.</b>	30 Stk.	T2	(2)	10,75	<b>17,02</b>
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 <a href="http://www.erstattungskodex.at">www.erstattungskodex.at</a> ). Mit der Verfügbarkeit der ersten Telmisartan-Generika sind die Präparate auf einem vertretbaren Preisniveau.					
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AA05 Atorvastatin</b>					
<b>Atorvastatin "Genericon" 80 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	9,85	<b>1,65</b>
Atorvastatin 80 mg wird vom Ökotool als äquivalent zu Rosuvastatin 40 mg bewertet. Crestor 40 mg kostet allerdings fast sechsmal soviel. Regelkonform sollten sich daher Rosuvastatinverordnungen auf „nachgewiesene und dokumentierte Unverträglichkeiten von Therapiealternativen“ beschränken.					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01BC06 Capecitabin</b>					
<b>Capecel 150 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	31,65	<b>45,15</b> (Erstanbieter in RE2)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	243,20 (Erstanbieter in RE2)
<b>Capecitabin "Accord" 150 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	31,65	45,15 (Erstanbieter in RE2)
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	243,20 (Erstanbieter in RE2)
<b>Capecitabin "Fresenius Kabi" 150 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	31,65	45,15 (Erstanbieter in RE2)
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	243,20 (Erstanbieter in RE2)
<b>Capecitabin "Sandoz" 150 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	31,65	45,15 (Erstanbieter in RE2)
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	243,20 (Erstanbieter in RE2)
<b>Capecitabin "Teva" 150 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	-	-	31,65	45,15 (Erstanbieter in RE2)
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05	243,20 (Erstanbieter in RE2)
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.					
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AD01 Ciclosporin</b>					
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
<i>IND: nach Organtransplantationen</i>					
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>					
<b>M05BA08 Zoledronsäure</b>					
Zoledronsäure "Genericon" 4 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	-	(2)	141,60	78,40
<i>IND: Knochenprozesse neoplastischer Genese</i>					

**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L02B HORMONANTAGONISTEN UND VERWANDTE MITTEL</b>					
RE1	<b>Xtandi 40 mg Weichkaps.</b>	112 Stk.	-	-	<b>3.224,80</b>
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. ( <a href="https://www.iqwig.de/download/A13-33_Enzalutamid_Kurzfassung_Nutzenbewertung-35a-SGB-V.pdf">https://www.iqwig.de/download/A13-33_Enzalutamid_Kurzfassung_Nutzenbewertung-35a-SGB-V.pdf</a> , 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 ( <a href="http://guidance.nice.org.uk/TAG/354/ACD2/DraftGuidance">http://guidance.nice.org.uk/TAG/354/ACD2/DraftGuidance</a> , 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
<b>Aerocef 200 mg Filmtabl.</b>	6 Stk. 14 Stk.	J01DD08	01.05.2014
<b>Aerocef 400 mg Filmtabl.</b>	3 Stk. 7 Stk.	J01DD08	01.05.2014
<b>Atenolol "ratiopharm" 50 mg Filmtabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C07AB03	01.05.2014
<b>Atenolol "ratiopharm" 100 mg Filmtabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C07AB03	01.05.2014
<b>Binocrit 1.000 IE/0,5 ml Inj.lsg. in Fertigspr.</b>	6 Stk.	B03XA01	01.05.2014
<b>Cefixim "Hexal" 200 mg Filmtabl.</b>	6 Stk.	J01DD08	01.05.2014
<b>CPS-Gry-Pulver</b>	30 Stk.	V03AE01	25.03.2014
<b>Dreisavit Filmtabl.</b>	90 Stk.	A11EB	25.03.2014
<b>Heparin "Immuno" Depot 25.000 IE/ml Dstfl.</b>	2 ml	B01AB01	01.05.2014
<b>ImmuCyst Dstfl. mit Lsgm.</b>	1 Stk.	L03AX03	01.05.2014
<b>Moduretic Tabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	C03EA01	01.05.2014
<b>Navoban 5 mg Kaps.</b>	5 Stk.	A04AA03	01.05.2014
<b>Nitrolingual 0,8 mg Kaps.</b>	30 Stk. 60 Stk.	C01DA02	01.05.2014
<b>Otosporin Ohrentropf.</b>	5 ml	S02CA03	01.05.2014

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09CA01 Losartan</b>				
<b>Losartan "+pharma" 50 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	<b>4,80</b>
Streichung der 10 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Losartan "Genericon" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	5,10
Streichung der 10 Stk.-Packung				
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>				
<b>N05AH04 Quetiapin</b>				
Quetiapin "G.L." 200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	29,75
	60 Stk.	-	(2)	52,50
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 30 Stk.				
	30 Stk.	T2	-	39,30
<b>300 mg Filmtabl.</b>	60 Stk.	T2	-	68,75
Aufnahme einer weiteren Packungsgröße zu 60 Stk.				

**Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS</b>				
<b>G03XC01 Raloxifen</b>				
Evista 60 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	26,20
<i>IND: Postmenopausale Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma</i>				

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AB04 Ribavirin</b>				
RE2 Rebetol 200 mg Hartkaps.	84 Stk.	-	-	378,15
	168 Stk.	-	-	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. 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				
<b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>				
<b>J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung</b>				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	<b>Privigen 100 mg/ml Inf.lsg.</b>	1 Stk. 2,5 g/25 ml	-	-	<b>140,45</b>
		1 Stk. 5 g/50 ml	-	-	<b>248,85</b>
		1 Stk. 10 g/100 ml	-	-	<b>480,60</b>
		1 Stk. 20 g/200 ml	-	-	<b>936,50</b>
		1 Stk. 40 g/400 ml	-	-	<b>1.848,30</b>
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 €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BD05 Metformin und Pioglitazon</b>					
RE1 L12	<b>Competact 15 mg/850 mg Filmtabl.</b>	56 Stk.	-	-	<b>21,70</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Therapie darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Pioglitazon/Metformin hat nur als Second-line-Therapie nach Metformin-Monotherapie zu erfolgen.</li> <li>- Die Behandlung mit Pioglitazon/Metformin darf nur bei PatientInnen mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden.</li> <li>- Keine Kostenübernahme bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (z.B. Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen).</li> <li>- Pioglitazon/Metformin darf nicht mit Insulin kombiniert werden.</li> <li>- Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen.</li> <li>- Pioglitazon/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (L12).</li> </ul>					