

# 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*
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>					
<b>A02BC02 Pantoprazol</b>					
Pantoprazol "Mylan" 20 mg magensaftres. Tabl.	14 Stk.	-	-	1,10	<b>2,80</b>
	30 Stk.	-	(2)	2,35	<b>4,56</b>
40 mg magensaftres. Tabl.	7 Stk.	-	-	1,10	<b>2,45</b>
	14 Stk.	-	-	2,25	<b>3,80</b>
	30 Stk.	-	-	4,85	<b>4,22</b>
<p>Mit Pantoprazol „Mylan“ kommt ein weiteres Pantoprazolpräparat auf den Markt, welches noch kostengünstiger ist als die bisher wirtschaftlichsten Pantoprazol-Alternativen.</p> <p>Aufgrund der nach wie vor hohen Verordnungszahlen für den Erstanbieter Pantoloc ist das Einsparpotential sehr hoch.</p> <p>Achtung: großer Preisunterschied zwischen den generischen Präparaten. Zur Ausschöpfung des hohen Einsparpotentials ist es wichtig, das Ökotool zu verwenden!</p>					
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer</b>					
Levodopa/Carbidopa/Entacapon "ratiopharm" 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	24,40	<b>20,95</b>
	100 Stk.	-	-	66,70	<b>56,30</b>
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	<b>24,00</b>
	100 Stk.	-	-	66,70	<b>60,15</b>
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	<b>27,05</b>
	100 Stk.	-	-	66,70	<b>68,35</b>
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	
<p>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.</p>					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AX12 Aripiprazol</b>					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
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 <b>163,26</b> Erstanbieter nicht im EKO
	30 Stk.	T2	(2)	67,70	

Aripiprazol „ratiopharm“ ist das zweite Nachfolgepräparat zu Abilify.

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A03 MITTEL BEI FUNKTIONELLEN GASTROINTESTINALEN STÖRUNGEN</b>				
<b>A03FA01 Metoclopramid</b>				
<b>Ceolat 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen</b>	150 ml	-	-	<b>3,10</b>
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:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorbeugung von nach Chemotherapie verzögert auftretender Übelkeit und verzögert auftretendem Erbrechen (CINV)</li> <li>- Vorbeugung von Übelkeit und Erbrechen, die durch Strahlentherapie verursacht werden (RINV)</li> <li>- 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</li> </ul>				

**ROT** → **GELB**

**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:**

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

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

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD02 Gerinnungsfaktor VIII</b>					
RE1	<b>Octanate LV 100 IE/ml Plv.</b>	1 Stk. (500 IE)	-	-	<b>380,65</b>
RE1	<b>200 IE/ml Plv.</b>	1 Stk. (1000 IE)	-	-	<b>736,60</b>
Bei angeborenem Faktor VIII-Mangel (Hämophilie A). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
<b>H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA</b>					
<b>H01AC01 Somatotropin</b>					
RE1	<b>Omnitrope 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.</b>	1 Stk. 5 Stk.	- -	- -	<b>325,15</b> <b>1.513,95</b>
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.					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XX46 Olaparib</b>					
RE1	<b>Lynparza 50 mg Hartkaps.</b>	448 Stk.	-	-	<b>5.302,80</b>
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 €
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07BC02 Methadon</b>					
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					
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>					
<b>S01EE01 Latanoprost</b>					
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:

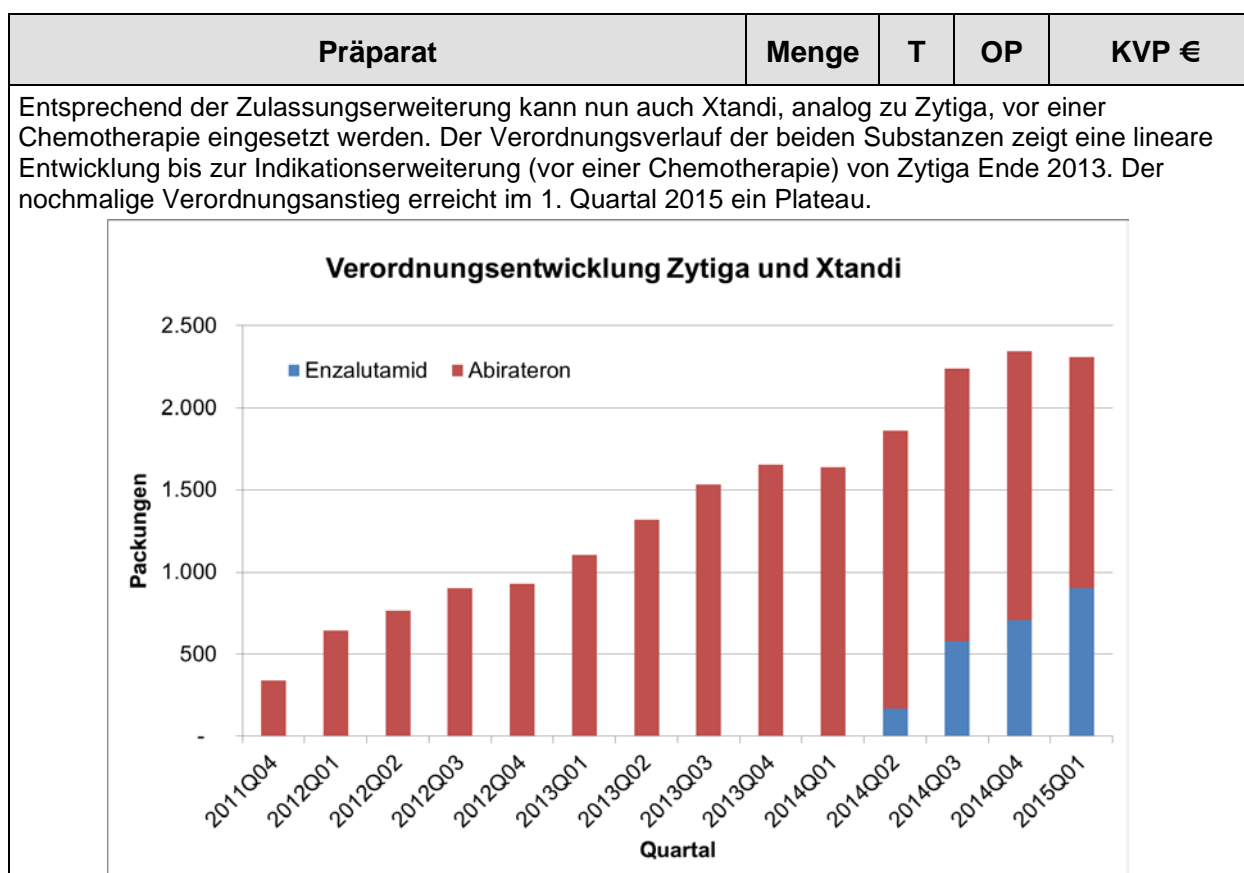
Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Acetylcystein "Hexal" 100 mg lösbl. Tabl.	20 Stk.	R05CB01	01.09.2015
Arulatan 50 mcg/ml Augentropf.	2,5 ml	S01EE01	01.09.2015
Brufen 400 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	M01AE01	01.09.2015
Gabapentin "Actavis" 400 mg Hartkaps.	100 Stk.	N03AX12	01.09.2015
Lanolept 50 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 €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BG03 Pioglitazon</b>				
Pioglitazon "Teva" 15 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	9,75
30 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	9,75
45 mg Tabl.	28 Stk.	-	-	9,75
<i>IND: Wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird</i>				
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 €
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BB04 Enzalutamid</b>					
RE1	<b>Xtandi 40 mg Weichkaps.</b>	112 Stk.	-	(2)	<b>3.064,80</b>
<p>Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> <li>- PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und</li> <li>- Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogen oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und <ul style="list-style-type: none"> <li>- einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und</li> <li>- 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)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist.</li> </ul> <p>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.</p>					
<b>L02BX03 Abirateron</b>					
RE1	<b>Zytiga 250 mg Tabl.</b>	120 Stk.	-	(2)	<b>3.281,95</b>
<p>Bei erwachsenen Männern gemeinsam mit einem GnRH-Analogen und Prednison oder Prednisolon</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• PSA- oder radiographischer Krankheitsprogression und</li> <li>• Versagen der maximalen Androgenblockade (GnRH-Analogen oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und <ul style="list-style-type: none"> <li>• einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) und</li> <li>• 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)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- zur Behandlung des metastasierten kastrationsresistenten Prostatakarzinoms, das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist.</li> </ul> <p>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.</p>					



**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>				
<b>S01ED51 Timolol, Kombinationen</b>				
<b>Dorzolamid comp "ratiopharm"</b> 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf. <i>vormals Dorzoratio comp 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.</i>	5 ml 1 ml = 30 Tr.	-	(2)	<b>6,10</b>
<i>Au</i>				
<b>Latanoprost comp "ratiopharm"</b> 50 mcg/ml und 5 mg/ml Augentropf. <i>vormals Latanoratio comp 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.</i>	2,50 ml 1 ml = 33 Tr.	-	(2)	<b>10,00</b>
<i>Au</i>				
<b>S01EE01 Latanoprost</b>				
<b>Latanoprost "ratiopharm"</b> 50 mcg/ml Augentropf. <i>vormals Latanoratio 50 mcg/ml Augentropf.</i>	2,50 ml 1 ml = 32 Tr.	-	(2)	<b>8,95</b>
<i>Au</i>				

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C07BB07 Bisoprolol und Thiazide</b>				
Rivacor plus Filmtabl.	50 Stk.	-	-	8,50
plus forte Filmtabl.	50 Stk.	-	-	9,65
Streichung der 20 Stk.-Packungen				
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09XA52 Aliskiren und Hydrochlorothiazid</b>				
Rasilez HCT 150 mg/12,5 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	24,55
150 mg/25 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	24,55
<i>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</i>				
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.				
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>				
<b>M01AE03 Ketoprofen</b>				
Profenid retard 200 mg Kaps.	30 Stk.	-	(2)	8,70
Streichung der 50 Stk.-Packung				