Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2013

Informationsstand Juli 2013

ROT → GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB03 Bicalutamid					
Bicalutamid "Kabi" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	53,55	**23,25**
Casodex ist bereits zu 67 % generisch substituiert. Auf Grund des großen Preisvorteils von ca. 30 % sollte der Verordnungsanteil der Bicalutamid-Generika weiter steigen.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AE04 Ziprasidon					
Ziprasidon "Krka" 20 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (2)	39,70 76,80	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **57,37**
40 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (2)	41,90 79,10	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **62,37**
60 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (2)	42,45 80,15	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **63,19**
80 mg Hartkaps.	30 Stk. 60 Stk.	- -	- (2)	44,15 83,25	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **104,75** **(Erstanbieter in RE2)**
€ 5,3 Mio. betrugen die Aufwendungen der SV-Träger im Jahr 2012 für Zeldox. Die Verfügbarkeit des ersten Generikums, der Preisvorteil und die Aufnahme aller Wirkstärken in den Grünen Bereich sollten Grundlage dafür sein, die Kosteneffizienz bei dieser Substanz zu steigern.					
N05AH04 Quetiapin					
Quetados 25 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	- -	- -	1,70 14,25	**0,50** **1,35**
Quetapharm 100 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk. 90 Stk.	T4 T4 T4	- (2) -	4,40 35,40 51,05	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **4,20** **6,70**
200 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	T4 T4	- (2)	6,50 52,50	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **6,05**
300 mg Filmtabl.	6 Stk. 60 Stk.	T2 T2	- -	8,75 68,90	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **7,90**
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
R03DC03 Montelukast					
Lanair 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Actavis"4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Chiesi" 4 mg Kautabl.	28 Stk.	-	(2)	20,25	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
5 mg Kautabl.	28 Stk.	-	(2)	21,85	**26,15** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
10 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	21,85	**26,15** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "easypharm" 4 mg Kautabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	7,65 21,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
5 mg Kautabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	8,25 23,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	8,25 23,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden **26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Genericon" 5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "Krka" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** (Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)
Montelukast "ratiopharm" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** (Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** **(Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)**
10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** **(Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)**
Montelukast "Sandoz" 4 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** **(Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)**
4 mg Gran.	30 Stk.	-	(2)	21,70	**24,20** **(Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)**
5 mg Kautabl.	30 Stk.	-	(2)	23,40	**26,16** **(Erstanbieter mit F14 frei verschreibbar)**
10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	8,25 23,40	**Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden** **26,16** **(Erstanbieter mit IND frei verschreibbar)**
Schon die Anzahl der ab sofort verfügbaren und allgemein frei verschreibbaren Generika weist auf die wirtschaftliche Wichtigkeit der Substanz hin. 2012 haben die SV-Träger € 14,6 Mio. für Singulair aufgewendet. Zukünftig können die Asthmapatienten kostengünstig und in der jeweiligen Wirkstärke behandelt werden: - 4 mg für Kinder von 2-5 Jahren - 5 mg für Kinder von 6-14 Jahren - 10 mg für Personen ab 15 Jahren					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A05 GALLEN- UND LEBERTHERAPIE				
A05AA02 Ursodeoxycholsäure				
Ursofalk 500 mg Filmtabl.	50 Stk.	T2	(2)	**36,70**
N02 ANALGETIKA				
N02CC01 Sumatriptan				
Imigran 50 mg Filmtabl.	2 Stk. 6 Stk.	- -	(2) -	**3,10** **9,45**
100 mg Filmtabl.	2 Stk. 6 Stk.	- -	(2) -	**3,10** **9,45**
IND: *Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin*				

ROT → GELB

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA						
A10BG03 Pioglitazon						
RE1 L12	**Pioglitazon "Accord" 15 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	13,95	**1,88**
RE1 L12	**30 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	19,40	**2,59**
RE1 L12	**45 mg Tabl.**	30 Stk.	-	-	26,60	**2,87**
Die Kostenübernahme kommt nur bei PatientInnen mit Diabetes Typ II in Frage. - Die Therapie mit Pioglitazon darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Pioglitazon hat nur als Second-line-Therapie (als Mono- oder Kombinationstherapie mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Diabetes) zu erfolgen. - Die Kosten werden bei Vorliegen schwerwiegender Kontraindikationen (zB Herzinsuffizienz, Leberfunktionsstörungen) nicht übernommen. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Pioglitazon eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12).						
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DX01 Memantin						
RE2	**Memantine "Merz" 5, 10,15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)**	28 Stk.	-	-	30,85	**36,85**
- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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 L6	**Memantine "Merz" 10 mg Filmtabl.**	28 Stk.	T2	(2)	28,80	**34,40**
RE2 L6	**20 mg Filmtabl.**	28 Stk.	-	(2)	46,65	**52,95**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimer Typ) 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).					
Memantine „Merz“ ist um 53 % kostengünstiger als die Erstanbieter Ebixa und Axura. Der Jahresaufwand für Memantin beträgt derzeit € 15,2 Mio.					

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AX Andere Dermatika					
RE1	**Actikerall 5 mg/g + 100 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut**	25 ml	-	-	**57,35**
Bei aktinischen Keratosen nach dermatologischer Abklärung, wenn 4 – 10 Läsionen vorhanden sind oder wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AE10 Darunavir					
RE2	**Prezista 800 mg Filmtabl.**	30 Stk.	-	-	**475,05**
In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei nicht vorbehandelten HIV-1-infizierten Erwachsenen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige –kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.					
S01 OPHTHALMIKA					
S01EE03 Bimatoprost					
RE2	**Lumigan 0,3 mg/ml Augentropf. im Einzeldosisbehältnis**	30 Stk.	-	(2)	**23,85**
In der Indikation Glaukom bei nachgewiesener Allergie oder Unverträglichkeit von Augentropfen mit Konservierungsmittel.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Bericard Tropf.	50 ml	C01EB04	30.06.2013
Bicalutamid "Teva" 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.07.2013
Bicalutamid "Teva" 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.07.2013
Keppra 500 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	01.07.2013
Keppra 1000 mg Filmtabl.	30 Stk. 60 Stk.	N03AX14	01.07.2013
Losartan "Pfizer" 50 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	C09CA01	01.07.2013
Losartan "Pfizer" 100 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA01	01.07.2013
Metformin "Pfizer" 1000 mg Filmtabl.	20 Stk. 60 Stk.	A10BA02	01.07.2013
Pramipexol "G.L." 0,088 mg Tabl.	30 Stk.	N04BC05	01.07.2013
Pramipexol "G.L." 0,18 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.07.2013
Pramipexol "G.L." 0,35 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.07.2013
Pramipexol "G.L." 0,7 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.07.2013
Psorcutan Beta Salbe	30 g	D05AX52	01.07.2013
Retrovir 300 mg Filmtabl.	60 Stk.	J05AF01	01.07.2013
Tiaprid "Gerot" 100 mg Tabl.	20 Stk. 100 Stk.	N05AL03	01.07.2013
Xamiol 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel	30 g	D05AX52	01.07.2013

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01DC04 Cefaclor				
Ceclor 500 mg Filmtabl. *vormals Ceclor Duo 500 mg Filmtabl.*	10 Stk.	-	(2)	**12,10**
Ceclor 750 mg Filmtabl. *vormals Ceclor Duo 750 mg Filmtabl.*	10 Stk.	-	(2)	**15,95**

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA					
H01CA01 Gonadorelin					
RE2	**Lutrelef 3,2 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.** *vormals Lutrelef 3,2 mg Trockenstechamp. m. Lsgm. f. Zyklomat-Dosierpumpen*	1 Stk.	-	-	**344,70**
Eine Kostenübernahme ist möglich in der Indikation: Hypothalamische Amenorrhoe Grad 2, 3a, 3b Idiopathischer hypothalamischer Hypogonadismus einschließlich Pubertas tarda					

Änderung der Verwendung/Packungsgröße im Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA					
H01AC01 Somatropin					
RE1	**Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.**	1 Stk. 5 Stk.	- -	- -	**140,05** **592,45**
RE1	**Omnitrope 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.**	1 Stk. 5 Stk.	- -	- -	**248,10** **1.161,00**

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.

Die Regel wurde an die derzeit gültige Zulassung angepasst. Bei der Stärke zu 10 mg/1,5 ml wurde eine zusätzliche Packungsgröße zu 1 Stk. aufgenommen