

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2009

Informationsstand Oktober 2009

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC02 Pantoprazol					
Pantoprazol „Alternova“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	3,05	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 3,40 5,18
	14 Stk.	-	-	4,95	
	30 Stk.	-	(2)	8,70	
40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	4,55	3,10
	14 Stk.	-	-	7,35	5,05
	30 Stk.	-	-	10,75	6,87
Bei der Verfügbarkeit von 28 Generika mit den Wirkstoffen Lansoprazol, Omeprazol und Pantoprazol sollte die Versorgung mit Generika doch bei 95 % der Patienten möglich sein, die einen PPI benötigen. Wie können hochpreisige PPI's, die z.T. ein Vielfaches der Generika kosten, noch argumentiert werden?					
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BB12 Glimепirid					
Glimепirid "Stada" 1 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	1,75	0,15
2 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	3,55	0,15
3 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	5,30	0,15
4 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	5,65	0,15
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONSTEN					
C07AB07 Bisoprolol					
Bisoprolol „1A Pharma“ 5 mg Filmtabl.	20 Stk.	T4	(2)	2,95	1,25
	30 Stk.	T4	-	3,95	4,45
10 mg Filmtabl.	20 Stk.	T4	(2)	4,80	2,20
	30 Stk.	T4	-	6,45	7,00
Bisoprolol „1A Pharma“ hat die Zulassung für Hypertonie, Angina pectoris und die Behandlung der stabilen chronischen Herzinsuffizienz mit eingeschränkter systolischer linksventrikulärer Funktion. Das Präparat kann daher auch an Stelle von Concor Cor eingesetzt werden.					
C08 CALCIUMKANALBLOCKER					
C08CA01 Amlodipin					
Amlodipin „Actavis“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	6,15	6,61

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierunqsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2009)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	6,15	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
Jede zweite Verordnung eines Amlodipinpräparates fällt auf Norvasc. Dabei ist von Norvasc keine (teilbare) 10 mg-Form verfügbar und die 5 mg-Form zu 28 Stück (statt 30 Stück) kostet um € 6,20 mehr.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09AA03 Lisinopril					
Lisinopril „Actavis“ 5 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	0,85	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,66
	30 Stk.	T2	(2)	2,35	
10 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	1,60	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,76
	30 Stk.	T2	(2)	4,70	
20 mg Tabl.	10 Stk.	T2	(2)	2,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 2,37
	30 Stk.	T2	(2)	7,85	
Lisinopril ist seit vielen Jahren generisch verfügbar. Bemerkenswert und wichtig ist dabei nicht nur der hohe Preisvorteil der Generika von ca. 20 % bei den Monopräparaten, sondern auch der Preisaufschlag von bis zu 80 % für das Originärpräparat Acecomb. Jede Ersteinstellung sollte daher generisch erfolgen.					
C09CA01 Losartan					
Losartan „Genericon“ 12,5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	2,25	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 6,04
	30 Stk.	-	(2)	5,10	
50 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	3,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 9,71
	30 Stk.	-	(2)	8,35	
100 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	3,70	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	-	(2)	8,35	
Ein Cochrane-Review („Blood pressure lowering efficacy of angiotensin receptor blockers for primary hypertension“) bestätigt die Gleichwertigkeit aller Angiotensin-Rezeptorblocker in der Hypertonie.					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB03 Bicalutamid					
Bicalutamid „+Pharma“ 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	64,65	12,15
150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	132,05	20,95
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AX11 Mirtazapin					
Mirtazapin „Bluefish“ 15 mg Schmelztabl.	30 Stk.	-	-	7,65	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
30 mg Schmelztabl.	30 Stk.	-	-	8,30	40,75 Erstanbieter nicht im EKO
45 mg Schmelztabl.	30 Stk.	-	-	8,90	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
2003 haben die SV-Träger über € 6 Mio. für 116.000 Packungen eines Präparates mit dem Wirkstoff Mirtazapin ausgegeben. 2008 wurden 376.000 Packungen rezeptiert, durch die niedrigen Generikapreise betragen die Kosten allerdings nur € 4,1 Mio.					
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07CA01 Betahistin					
Betahistin „Arcana“ 8 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	3,95	1,35
	100 Stk.	-	-	9,60	3,90
16 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	6,30	2,70
	60 Stk.	T2	-	10,35	4,40
24 mg Tabl.	20 Stk.	T2	(2)	4,20	3,20
	60 Stk.	T2	-	10,35	7,60

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H03 SCHILDDRÜSEN THERAPIE				
H03AA01 Levothyroxin-Natrium				
Euthyrox 88 mcg Tabl.	28 Stk.	T2	(2)	1,50
	100 Stk.	T2	-	4,90
112 mcg Tabl.	28 Stk.	T2	(2)	1,80
	100 Stk.	T2	-	6,00
L02 ENDOKRINE THERAPIE				
L02BX02 Degarelix				
Firmagon 80 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	(2)	179,05
120 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	2 Stk.	-	-	289,20
<i>IND: fortgeschrittenes hormonabhängiges Prostatakarzinom</i>				
N03 ANTIPILEPTIKA				
N03AX12 Gabapentin				
Neurontin 400 mg Kaps.	100 Stk.	-	-	45,65
800 mg Filmtabl.	100 Stk.	-	-	49,50
<i>IND: Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann</i>				

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE					
A07EC02 Mesalazin					
RE2	Mesagran 1500 mg magensaftresistentes Retardgran.	30 Stk.	-	-	46,55
Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.					
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL					
A16AX07 Sapropterin					
RE1	Kuvan 100 mg Tabl. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen	30 Stk.	-	-	694,80
L6		120 Stk.	-	-	2.705,30
Zur Behandlung einer Hyperphenylalaninämie (HPA) bei Erwachsenen und Kindern ab 4 Jahren mit Phenylketonurie oder bei Erwachsenen und Kindern mit Tetrahydrobiopterin (BH4)-Mangel, die nachweislich („BH4 loading test“) auf eine solche Therapie ansprechen und deren Phenylalaninspiegel durch diätetische Maßnahmen nicht ausreichend eingestellt werden können. Als Ansprechen gilt der Abfall der Phenylalaninspiegel im Blut um größer gleich 30 % oder ein vom behandelnden Arzt/von der behandelnden Ärztin für einen Patient/eine Patientin individuell definierter therapeutischer Phenylalaninzielwert. Diagnosestellung, Nachweis des Ansprechens, Therapieeinleitung, Überwachung (Phenylalaninblutspiegel, Tyrosinspiegel, Einhaltung der restriktiven Diät und psychomotorische Entwicklung) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilungen (Stoffwechselzentren). Die PatientInnen sollen in das mit der EMEA abgestimmte Kuvan Adult Maternal Pediatric European Registry (KAMPER) aufgenommen werden. Kuvan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BD04 Gerinnungsfaktor IX					
RE1	BeneFIX 250 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	235,90
RE1	2000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	1.685,80
Bei angeborenem Faktor IX Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC07 Tocilizumab					
RE1	RoActemra 20 mg/ml Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk. 80mg/4ml	-	-	166,55
		1 Stk. 200mg/10ml	-	-	374,20
		1 Stk. 400mg/20ml	-	-	724,10
Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren nach Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Um eine maximale Wirksamkeit zu gewährleisten, wird RoActemra in Kombination mit Methotrexat angewendet. RoActemra kann, im Falle einer Unverträglichkeit von Methotrexat, als Monotherapie angewendet werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.					
N06 PSYCHOANALEPTIKA					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06DX01 Memantin					
RE2 L6	Axura 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)	28 Stk	-	-	67,70
RE2 L6	Axura 20 mg Filmtabl.	28 Stk	-	-	99,60
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von FachärztInnen 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 die oa. FachärztInnen ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch die oa. FachärztInnen mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Axura ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Axura darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Axura eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). - Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt. 					
Die Starterpackung enthält je einen Blister zu 7 Stück der einzelnen Wirkstoffstärken zur Auftitrierung. Gleichzeitig wurde eine neue Wirkstoffstärke (20 mg) eingeführt.					
RE2 L6	Ebixa 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)	28 Stk	-	-	67,70
RE2 L6	Ebixa 20 mg Filmtabl.	28 Stk	-	-	99,60
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von FachärztInnen 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 die oa. FachärztInnen ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch die oa. FachärztInnen mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Ebixa ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Ebixa darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen DAT kombiniert werden. - Ebixa eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6). - Die Tropfen werden nur bei Vorliegen von Schluckbeschwerden genehmigt. 					
Die Starterpackung enthält je einen Blister zu 7 Stück der einzelnen Wirkstoffstärken zur Auftitrierung. Gleichzeitig wurde eine neue Wirkstoffstärke (20 mg) eingeführt.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Agnumens Tropf.	30 ml	G02CX	01.10.2009
Arcavit A/E Kaudrag.	30 Stk.	A11JA	27.08.2009

Cabergolin "Sandoz" 0,5 mg Tabl.	2 Stk. 8 Stk.	G02CB03	27.08.2009
Cabergolin "Sandoz" 1 mg Tabl.	15 Stk. 30 Stk.	N04BC06	27.08.2009
Cabergolin "Sandoz" 2 mg Tabl.	15 Stk. 30 Stk.	N04BC06	27.08.2009
Diamox retard 500 mg Kaps.	20 Stk.	S01EC01	27.08.2009
Sucralan 1 g Kautabl.	20 Stk. 50 Stk.	A02BX02	01.10.2009
Stocrin 200 mg Hartkaps.	90 Stk.	J05AG03	01.10.2009
Tryptizol 25 mg Filmtabl.	100 Stk.	N06AA09	01.10.2009
Tryptizol 75 mg Filmtabl.	50 Stk.	N06AA09	01.10.2009
Vasovitol Kaudrag.	30 Stk.	A11JA	01.10.2009

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BA04 Alendronsäure				
Alendronstad 70 mg einmalwöchentlich Tabl.	4 Stk.	-	(2)	14,65
Alendronstad 70 mg einmalwöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Viatris" Kautabl. 56 Stk.	4 Stk.	-	(2)	14,65
Alendronstad ist nun frei verschreibbar.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX16 Pregabalin				
RE1 L6 Lyrica 25 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	6,00
	21 Stk.	-	-	8,95
	56 Stk.	-	-	22,55
	84 Stk.	-	-	33,10
RE1 L6 50 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	14,35
	84 Stk.	-	-	53,45
RE1 L6 75 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	14,35
	56 Stk.	-	-	53,45
RE1 L6 100 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	21,15
	84 Stk.	-	-	76,80
RE1 L6 150 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	21,25
	56 Stk.	-	-	76,80
RE1 L6 200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	31,15
	84 Stk.	-	-	114,00
RE1 L6 300 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	31,25
	56 Stk.	-	-	114,35

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>- Neuropathischer Schmerz: Wenn mit einer Therapiealternative aus dem Grünen Bereich und mit Gabapentin nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei neurologisch fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.</p> <p>- Epilepsie: Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind.</p> <p>- Generalisierte Angststörung: Zur Behandlung der generalisierten Angststörung, wenn mit Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann. Das Nichtauslangen von Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie aufgrund der Anamnese und Befunde festgestellt und dokumentiert sein. Die Therapie mit Lyrica muss von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie initiiert werden. Das therapeutische Ansprechen muss in Intervallen von 6 Monaten überprüft werden. Die Weiterverordnung darf nur erfolgen bei fachärztlich festgestelltem therapeutischen Ansprechen.</p> <p>- Lyrica eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 6 Monate (L6).</p>				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L02 ENDOKRINE THERAPIE				
L02BG04 Letrozol				
Femara 2,5 mg Filmtabl. <i>vormals Femara Filmtabl.</i>	30 Stk.	-	(2)	140,85