

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2011

Informationsstand Juni 2011

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel "+pharma" 75 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	12,10	1,32
	30 Stk.	-	(2)	17,85	4,19
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>					
Der Preisvorteil von Clopidogrel "+pharma" 75 mg Filmtabl. ist mit 20 % beachtlich und sollte realisiert werden. Ihr Ökotool unterstützt Sie dabei.					
N02 ANALGETIKA					
N02AX02 Tramadol					
Tramabene 150 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	5,20	1,35
	30 Stk.	-	-	11,60	4,10
	60 Stk.	-	-	18,90	6,95
200 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	6,30	1,70
	30 Stk.	-	-	14,20	4,85
	60 Stk.	-	-	23,40	7,70
Hinweis: Die 60 Stk.-Packung beider Stärken sollte nicht zur Initialtherapie verwendet werden.					

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA06 Mycophenolsäure					
RE2 Mycophenolatmofetil "Actavis" 500 mg Filmtabl.	150 Stk.	-	-	199,15	217,75
Zur Prophylaxe von akuten Transplantatabstoßungsreaktionen in Kombination mit Ciclosporin und Corticosteroiden für PatientInnen nach allogener Herz-, Leber- oder Nierentransplantation. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Zentren.					
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07BC01 Buprenorphin					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2011)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE1 SG	Bupensan 2 mg Sublingualtabl.	7 Stk.	-	-	7,45	6,05
		28 Stk.	-	-	26,65	21,50
RE1 SG	4 mg Sublingualtabl.	7 Stk.	T2	-	11,80	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
		28 Stk.	T2	-	41,90	
RE1 SG	8 mg Sublingualtabl.	7 Stk.	T2	-	20,00	17,15
		28 Stk.	T2	-	74,40	54,75
Zur Substitutionsbehandlung (lt. Suchtgiftverordnung), bei Unverträglichkeit der kostengünstigeren Therapiealternative Methadon.						
Bupensan ist der erste Nachfolger zu Subutex mit einem Einsparpotenzial pro Packung von über 40 %.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE					
C01CA24 Epinephrin					
RE2	Jext 150 mcg Inj.lsg. in einem Fertigpen	1 Stk.	-	(2)	45,75
RE2	300 mcg Inj.lsg. in einem Fertigpen	1 Stk.	-	(2)	45,75
Sofortbehandlung von akuten allergischen Reaktionen (Anaphylaxie), verursacht durch Nahrungsmittel, Arzneimittel, Insektenbisse oder -stiche und andere Allergene. Fortsetzungsbehandlung nur mit Dokumentation der Allergie.					
Jext hat mit 24 Monaten die längste Haltbarkeit aller injizierbarer Epinephrin-Präparate im EKO und ist ohne Temperatureinschränkung lagerbar.					
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AX Andere Dermatika					
RE1	Veregen 10 % Salbe	15 g	-	-	54,55
Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen					
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA					
H01AC01 Somatotropin					
RE1	Norditropin FlexPro 5 mg/1,5 ml Inj.lsg. in einem Fertigpen	1 Stk.	-	-	212,75
RE1	10 mg/1,5 ml Inj.lsg. in einem Fertigpen	1 Stk.	-	-	395,10
RE1	15 mg/1,5 ml Inj.lsg. in einem Fertigpen	1 Stk.	-	-	580,35

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz.</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.</p>					
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN					
R03DX05 Omalizumab					
RE1 L6	Xolair 75 mg Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	220,00
RE1 L6	150 mg Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	412,25
<p>Als Zusatztherapie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern (ab 6 Jahren) mit schwerem persistierendem allergischem Asthma, die einen positiven Hauttest oder in vitro Reaktivität gegen ein ganzjährig auftretendes Aeroallergen zeigen und bei Erwachsenen und Jugendlichen (ab 12 Jahren), die eine reduzierte Lungenfunktion (FEV1 < 80 %) haben und unter häufigen Symptomen während des Tages oder nächtlichem Erwachen leiden und trotz täglicher Therapie mit hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten mehrfach dokumentierte, schwere Asthma-Exazerbationen, welche eine Behandlung mit systemischen Corticosteroiden erforderten, hatten.</p> <p>Die Behandlung mit Xolair sollte nur bei PatientInnen in Betracht gezogen werden, bei denen von einem IgE-vermittelten Asthma ausgegangen werden kann und bei denen ein basaler IgE-Spiegel von > 76 IU/ml vorliegt.</p> <p>Ersteinstellung und Weiterverordnung durch den Facharzt/die Fachärztin für Pulmologie. 16 Wochen nach Beginn der Therapie ist die Wirksamkeit der Behandlung durch den Facharzt/die Fachärztin für Pulmologie zu überprüfen. Die für die Überprüfung der Wirksamkeit notwendigen Dokumentationsbögen werden vom vertriebsberechtigten Unternehmen zur Verfügung gestellt. Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen (L6). Überprüfung der Wirksamkeit: Nach 16 Wochen erfolgt die Bewertung der Asthmakontrolle anhand einer GETE (Global Evaluation of Treatment Effectiveness)-Einstufung durch den Arzt/die Ärztin. Die Therapie ist nur dann fortzuführen, wenn die Asthmakontrolle anhand GETE als "Hervorragend" oder "Gut" bewertet wurde. Zusätzlich sind vor Beginn der Therapie und nach 16 Wochen die Lungenfunktion, die Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten und die ungeplante Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zu dokumentieren.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Diclostad 50 mg Supp.	6 Stk.	M01AB05	01.06.2011
Diclostad 100 mg Supp.	6 Stk.	M01AB05	01.06.2011
Doxium 250 mg Tabl.	60 Stk.	C05CX	01.06.2011
Fuzeon 90 mg/ml Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer	60 Stk.	J05AX07	01.06.2011

Inf.lsg.			
Norditropin NordiFlex 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	H01AC01	01.06.2011
Norditropin NordiFlex 10 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	H01AC01	01.06.2011
Norditropin NordiFlex 15 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	H01AC01	01.06.2011
Pilison dermatol. Lsg.	15 ml 30 ml	D07XC	01.06.2011
Ramipril/HCT "Interpharm" 2,5 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	C09BA05	01.06.2011
Rheugesal Creme	40 g	M02AC	01.06.2011
Rifater Drag.	60 Stk.	J04AM02	01.06.2011
Zolpidemtartrat "Actavis" 10 mg Filmtabl.	10 Stk.	N05CF02	01.06.2011

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Übernahme vom Gelben Bereich):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG				
D06AX01 Fusidinsäure				
Fucidin Salbe	5 g	-	(2)	2,05
	15 g	-	-	3,65

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BA02 Metformin				
Metformin "Stada" 850 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	2,85
	100 Stk.	-	(2)	9,55
Nun sind auch von der 100 Stk.-Packung zwei Packungen frei verschreibbar; die 30 Stk.-Packung bleibt unverändert.				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC02 Pantoprazol				
Pantoprazol "Actavis" 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk.	-	-	2,10
	14 Stk.	-	-	3,95
	30 Stk.	-	-	7,30
Austausch der 28 Stk.-Pkg. auf 30 Stk.-Pkg.; die 7 Stk.-Pkg. und die 14 Stk.-Pkg. bleiben unverändert.				
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07AA02 Nystatin				
Mycostatin orale Susp.	24 ml	-	(2)	5,60
	50 ml	-	-	9,75
F14				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Austausch der 60 ml-Pkg. auf 50 ml-Pkg; die 24 ml-Pkg. bleibt unverändert.				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE				
R05CB01 Acetylcystein				
Acetylcystein "Hexal" 100 mg Gran. <i>vormals ACC "Hexal" 100 mg Gran.</i>	20 Stk.	-	(2)	1,85
Acetylcystein "Hexal" 200 mg Gran. <i>vormals ACC "Hexal" 200 mg Gran.</i>	20 Stk.	-	(2)	2,35
Acetylcystein "Hexal" 100 mg lös. Tabl. <i>vormals ACC "Hexal" 100 mg lös. Tabl.</i>	20 Stk.	-	(2)	1,85
Acetylcystein "Hexal" 200 mg lös. Tabl. <i>vormals ACC "Hexal" 200 mg lös. Tabl.</i>	20 Stk.	-	(2)	2,35
Acetylcystein "Hexal" 600 mg lös. Tabl. <i>vormals ACC "Hexal" 600 mg lös. Tabl.</i>	10 Stk.	-	(2)	2,60

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
C01 HERZTHERAPIE					
C01EB17 Ivabradin					
RE1	Procoralan 5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	T2 T2	- -	36,80 63,75
RE1	7,5 mg Filmtabl.	28 Stk. 56 Stk.	- -	- -	36,80 63,75
Symptomatische Behandlung der chronisch stabilen Angina pectoris bei PatientInnen mit normalem Sinusrhythmus und einer Herzfrequenz größer gleich 70 Schlägen pro Minute, bei denen Betablocker (Präparate mit entspr. Indikation aus der Gruppe mit dem ATC-Code C07) in maximal verträglicher Dosierung nicht ausreichend wirksam (als add-on Therapie), kontraindiziert oder unverträglich sind und bei denen Calciumkanalblocker (ATC-Code C08) aus dem Grünen Bereich nicht ausreichend wirksam, kontraindiziert oder unverträglich sind.					
C02 ANTIHYPERTONIKA					
C02KX01 Bosentan					
RE1	Tracleer 62,5 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	2.489,15
RE1 L3	125 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	2.543,80
Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sowie zur Reduktion der Anzahl neuer digitaler Ulzerationen vorbehandelter Sklerodermie-PatientInnen. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA24 Abatacept					
RE1	Orencia 250 mg Plv. f. ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	2 Stk.	-	-	750,30
		3 Stk.	-	-	1.113,10
<p>Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen ab 18 Jahren in Kombination mit Methotrexat bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drug) inklusive Methotrexat, wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss oder nach Versagen mindestens eines Tumor-Nekrose-Faktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors, oder wenn diese nicht vertragen werden.</p> <p>Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>Wenn innerhalb von 6 Behandlungsmonaten kein Ansprechen auf Abatacept eintritt, müssen der potentielle Nutzen einer Fortsetzung der Behandlung, die bekannten und potentiellen Risiken sowie die Behandlungsalternativen abgewogen werden.</p>					