

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2010

Informationsstand Oktober 2010

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel „G.L.“ 75 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	6,80	2,59
	30 Stk.	-	(2)	19,25	9,23
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA01 Losartan					
Losartan „pharma“ 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	2,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,59
	30 Stk.	-	(2)	5,90	
N02 ANALGETIKA					
N02AB03 Fentanyl					
Fentaplast 25 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	(2)	17,75	7,30
50 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	(2)	28,15	14,80
75 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	(2)	37,80	21,40
100 mcg/h transdermales Pflaster	5 Stk.	-	(2)	45,25	27,40
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i> SG					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01MA02 Ciprofloxacin				
Utiminx 500 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	3 Stk.	-	-	7,05
<i>bei akutem unkompliziertem Harnwegsinfekt der Frau unter Berücksichtigung der Resistenzlage</i>				

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2010)

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA					
A07EC02 Mesalazin					
RE1	Mezavant 1200 mg magensaftresistente Retardtabl.	60 Stk.	-	-	76,35
Wenn mit Therapiealternativen (Darreichungsformen) aus dem Grünen Bereich nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.					
B02 ANTIHÄMORRHAGIKA					
B02BX05 Eltrombopag					
RE1	Revolade 25 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	555,60
		28 Stk.	-	-	1.086,50
RE1	50 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	1.086,50
		28 Stk.	-	-	2.148,40
Bei PatientInnen mit therapierefraktärer chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopenischer Purpura (ITP), die splenektomiert sind bzw. für die eine Splenektomie kontraindiziert ist. Die Behandlung mit Eltrombopag sollte abgebrochen werden, wenn die Thrombozytenzahl nach vierwöchiger Behandlung mit Eltrombopag in der höchsten täglichen Dosis von 75 mg nicht auf einen Wert steigt, der ausreichend hoch ist, um klinisch signifikante Blutungen zu vermeiden. Diagnosestellung, Therapieeinleitung, Dosisfindung (Titration) und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. –ambulanz; Weiterverordnung nur durch in der Verwendung von Revolade ausreichend informierte ÄrztInnen.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC08 Canakinumab					
RE1	Ilaris 150 mg Plv. zur Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	11.453,65
Bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit Cryopyrin-assoziierten periodischen Syndromen (CAPS), wie: - Muckle-Wells Syndrom (MWS), - Multisystemische entzündliche Erkrankung mit Beginn im Neugeborenenalter (Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease; NOMID)/Chronisches infantiles neuro-dermo-artikuläres Syndrom (Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome; CINCA), - Schwere Formen des familiären autoinflammatorischen Kältesyndroms (Familial Cold Autoinflammatory Syndrome; FCAS)/Familiäre Kälteurtikaria (Familial Cold Urticaria; FCU) mit Anzeichen und Symptomen, die über einen kälteinduzierten urtikariellen Hautausschlag hinausgehen. Die Behandlung darf nur von einem/einer spezialisierten, in der Diagnose und Behandlung von CAPS erfahrenen Arzt/Ärztin eingeleitet und überwacht werden. Nach einer sorgfältigen Einweisung in die korrekte Injektionstechnik können sich die PatientInnen Ilaris selbst verabreichen, sofern der Arzt/die Ärztin dies für angebracht hält und eine medizinische Nachsorge und Kontrolle des Therapieerfolgs erfolgt.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Alfuzosin „Arcana“ retard 5 mg Tabl.	30 Stk. 60 Stk.	G04CA01	01.10.2010
Apidra 100 E/ml Inj.lsg. in einer Patrone für OptiClik	5 Stk.	A10AB06	01.10.2010
Betnovate-N-Creme	15 g 30 g	D07CC01	01.10.2010

Betnovate-N-Salbe	15 g 30 g	D07CC01	01.10.2010
Bicalutamid „1A Pharma“ 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.10.2010
Bicalutamid „Sandoz“ 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BB03	01.10.2010
Biliscopin 50 mg J/ml Inf.fl. 100 ml	1 Stk.	V08AC02	01.10.2010
Ciprofloxacin „Eberth“ 250 mg Filmtabl.	10 Stk. 20 Stk.	J01MA02	01.10.2010
Ciprofloxacin „Eberth“ 500 mg Filmtabl.	10 Stk. 20 Stk.	J01MA02	01.10.2010
Co-Captopril „Genericon“ Tabl.	30 Stk.	C09BA01	01.10.2010
Crixivan 200 mg Hartkaps.	360 Stk.	J05AE02	01.10.2010
Eudyna Creme	20 g	D10AD01	01.10.2010
Estradot 100 mcg/24 h Matrix-Pflaster	8 Stk.	G03CA03	01.10.2010
Intal 20 mg Amp. z. Inh.	48 Stk. 72 Stk.	R03BC01	01.10.2010
Lovenox 10 x 20 mg PEN	1 Stk.	B01AB05	01.10.2010
Lurantal 10 mg Weichkaps.	30 Stk.	D10BA01	01.10.2010
Lurantal 20 mg Weichkaps.	30 Stk.	D10BA01	01.10.2010
Maliasin 25 mg Drag.	100 Stk.	N03AA04	01.10.2010
Maliasin 100 mg Drag.	100 Stk.	N03AA04	01.10.2010
Nifehexal retard 40 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C08CA05	25.08.2010
Nipolept 25 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	N05AX11	01.10.2010.
Nipolept 50 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	N05AX11	01.10.2010
Nipolept 100 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	N05AX11	01.10.2010
Ondansetron „ratiopharm“ 4 mg Filmtabl.	10 Stk.	A04AA01	01.10.2010
Parfenac Creme	20 g 50.g	D11AX	02.09.2010
Parfenac dermatol. Emulsion	50 g 100 g	D11AX	02.09.2010
Parfenac Fettsalbe	20 g 50.g	D11AX	02.09.2010
Parfenac Salbe	20 g 50.g	D11AX	02.09.2010
Procorum retard 100 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C08DA02	01.10.2010
Prurimix Schüttelmixtur	100 g	D04AX	01.10.2010
Quetiapin „ratiopharm“ 4-Tage Startpackung Filmtabl.	11 Stk.	N05AH04	01.10.2010
Tonopan Supp.	5 Stk.	N02CA51	01.10.2010
Tranxilium 5 mg Kaps.	20 Stk.	N05BA05	01.10.2010
Tranxilium 10 mg Kaps.	20 Stk.	N05BA05	01.10.2010
Tranxilium 20 mg Kaps.	20 Stk.	N05BA05	01.10.2010
Tranxilium Tabs 20 mg Filmtabl.	20 Stk.	N05BA05	01.10.2010

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BA02 Metformin				
Metformin „ratiopharm“ 850 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	2,75
	100 Stk.	-	(2)	9,00
Von der 100-Stück-Packung sind nun OP II frei verschreibbar.				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C08 CALCIUMKANALBLOCKER				
C08DA02 Gallopamil				
Procorum 50 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	(2)	6,30
<i>Streichung der 50 St.-Pkg.</i>				
G04 UROLOGIKA				
G04BX Andere Urologika				
Urelium neu Kaps.	50 Stk.	-	-	11,65
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie bei Zustand nach Nierensteinzertrümmerung bis zwei Monate nach ESWL				
<i>Streichung der 100 St.-Pkg.</i>				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
H03 SCHILDDRÜSENTHERAPIE				
H03AA01 Levothyroxin-Natrium				
Thyrex 160 mcg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	2,50
normals Thyrex 0,16 mg Tabl.	100 Stk.	-	-	6,80

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE				
J06BA01 Immunglobuline, normal human, zur extravasalen Anwendung				
RE1 Vivaglobin 160 mg/ml Inj.lsg.	10 Stk. (5 ml)	-	-	304,75
	10 Stk. (10 ml)	-	-	583,00
	20 Stk. (10 ml)	-	-	1.141,40
	10 Stk. (20 ml)	-	-	1.141,40
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.				
<i>Aufnahme einer weiteren Packungsgröße (10 Stk. zu 20 ml)</i>				

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01XX14 Tretinoin				
Vesanoid "Roche" 10 mg Kaps. vormals Vesanoid "Roche" Kaps..	100 Stk.	-	-	247,30
Eine Kostenübernahme ist möglich zur Induktion der Remission bei akuter Promyelozytenleukämie. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.				