

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2009

Informationsstand Februar 2009

ROT → **GRÜN**

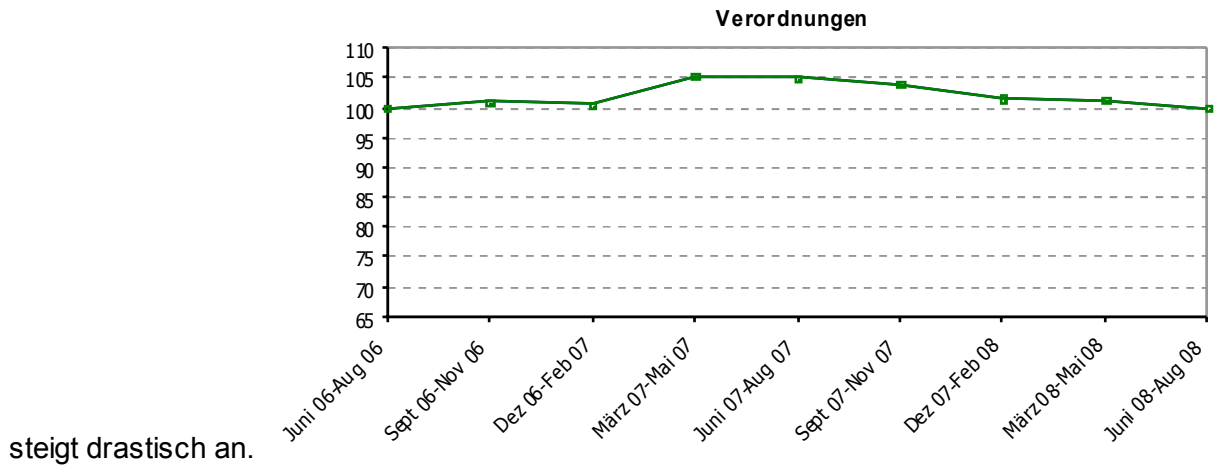
Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN					
B05BB01 Elektrolyte					
Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Meditrade“ Glasinf.fl.	1 Stk. (250 ml)	-	(2)	1,40	0,25
	1 Stk. (500 ml)	-	(2)	1,50	0,15
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB03 Bicalutamid					
BicaluPel 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	76,05	0,75
Bicalutamid „Stada“ 150 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	152,75	0,25
Bicamed 50 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	35,40	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 0,75
	30 Stk.	-	-	76,05	

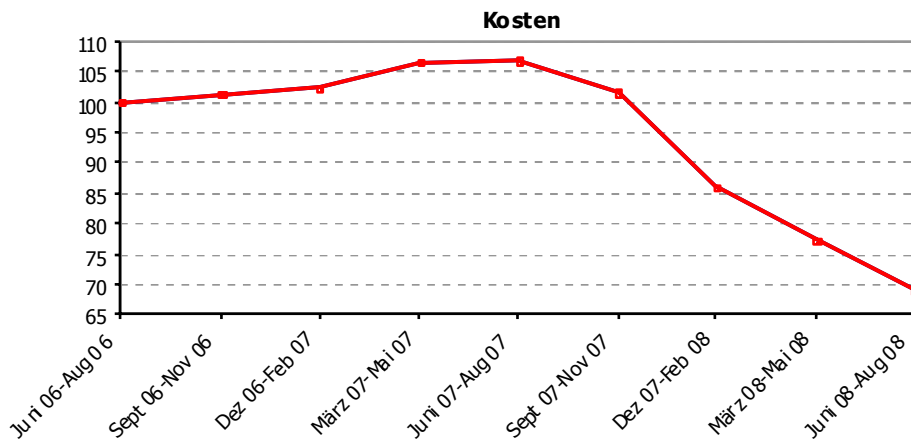
* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosier äquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Februar 2009)

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

Die folgenden Grafiken zeigen die Verordnungs- und Kostenentwicklung von Bicalutamid im zeitlichen Kontext zur erstmaligen generischen Verfügbarkeit von Bicalutamid im Oktober 2007. Die Packungsanzahl bleibt stabil und die Effizienz der limitiert verfügbaren Ressourcen



steigt drastisch an.



N05 PSYCHOLEPTIKA

N05AX08 Risperidon

Risperidon „Sandoz“ 0,25 mg Filmtabl.	20 Stk	-	-	3,15	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk	-	-	9,45	

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B05 BLUTERSATZMITTEL UND PERFUSIONSLÖSUNGEN					
B05BB01 Elektrolyte					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
RE2	Na. chlorat. physiolog. 0,9 % „Meditrade“ Glasinf.fl.	10 Stk (250 ml)	-	-	8,45	0,15
		10 Stk (500 ml)	-	-	8,85	0,15
Bei Exsikkose, wenn eine orale Flüssigkeitszufuhr nicht ausreichend möglich ist.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
C02 ANTIHYPERTONIKA					
C02KX02 Ambrisentan					
RE1	Volibris 5 mg Filmtabl.	30 Stk	-	-	2.728,35
RE1	10 mg Filmtabl.	30 Stk	-	-	2.728,35
Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests. Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.					
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AB10 Peginterferon alfa-2b					
RE1	PegIntron 150 mcg Plv. u. Lsgm. z Herst. einer Inj.lsg. in einem vorgefüllten Injektor	4 Stk	-	-	1.108,65
Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben. Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen. Cave: - Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.					
Für therapienaive Patienten ab einem Körpergewicht von 85 kg steht mit Pegasys 180 mcg eine kostengünstige Alternative zur Verfügung.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amykal 125 mg Tabl.	14 Stk	D01BA02	07.01.2009
Fluconazol „Hexal“ 150 mg Kaps.	2 Stk	J02AC01	15.01.2009
Fluconazol „Hexal“ 150 mg Kaps.	4 Stk	J02AC01	15.01.2009

Kaletra Weichkaps.	180 Stk.	J05AE06	01.02.2009
Mucotherm Supp.	10 Stk.	C05AX	01.02.2009
Neupogen 48 Mio E/1,6 ml parenterale Lsg.	5 Stk.	L03AA02	05.12.2008
Rhesogam P 1500 IE Amp.	1 Stk.	J06BB01	31.12.2008

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AB04 Ribavirin					
RE2	Rebetol 200 mg Hartkaps.	84 Stk. 140 Stk. 168 Stk.	- - -	- - -	405,65 659,65 786,60
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen. Cave: - Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					
L03 IMMUNSTIMULANZIEN					
L03AB10 Peginterferon alfa-2b					
RE2	PegIntron 50 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.Lsg. in einem vorgefüllten Injektor	4 Stk.	-	-	415,35
RE2	80 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.Lsg. in einem vorgefüllten Injektor	4 Stk.	-	-	683,00
RE2	100 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.Lsg. in einem vorgefüllten Injektor	4 Stk.	-	-	855,00
RE2	120 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.Lsg. in einem vorgefüllten Injektor	4 Stk.	-	-	868,15
<p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren in der Indikation nachgewiesene chronische Hepatitis C einschließlich kompensierte Zirrhose mit erhöhten Transaminasewerten und positiver Serum HCV-RNA oder positivem Anti-HCV sowie bei PatientInnen, die nicht auf eine vorangegangene Kombinationstherapie mit pegyliertem Interferon alfa und Ribavirin angesprochen bzw. einen Rückfall erlitten haben (für behandlungsnaive PatientInnen über 85 kg steht eine kostengünstigere Therapiealternative zur Verfügung). Erfolgt nach 12 Wochen kein virologisches Ansprechen, ist die Therapie abzusetzen. Cave: - Nicht bei PatientInnen, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden. Behandlungsdauer: Mind. 6 Monate (Genotyp 2 und 3), 12 Monate (Genotyp 1) Die Indikationsstellung und Therapieüberwachung muss durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C erfolgen.</p>					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	OP	ATC-Code
Cal-De-Gran. (Die 10 Stk.-Packung wird aus dem EKO gestrichen)	30 Stk.	(2)	A12AX

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	OP	ATC-Code
Ondansan 4 mg Filmtabl. IND: Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie <i>vormals Ondansan 4 mg Filmtabl</i>	10 Stk.	-	A04AA01
Ondansan 8 mg Filmtabl. IND: Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie <i>vormals Ondansan 8 mg Filmtabl.</i>	10 Stk.	-	A04AA01