

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2007

## Informationsstand November 2007

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A04 ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT</b>					
<b>A04AA02 Granisetron</b>					
Granitron 2 mg Filmtabl.	5 Stk.	-	-	40,45	45,85
<i>IND: Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie</i>					
<b>J01 ANTIINFEKTIVA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01DC02 Cefuroxim</b>					
Cefuroxim „1A Pharma“ 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	-	5,60	3,90
500 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	9,35	5,80
<b>M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN</b>					
<b>M05BA03 Pamidronsäure</b>					
Dinatrium Pamidronat „Mayrhofer“ 30 mg Plv. z. Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	(2)	57,05	21,40
Plv. z. Herst. einer Inf.lsg. 90 mg	1 Stk.	-	(2)	121,35	128,50 (Erstanbieter in dieser Wirkstärke nicht im EKO)
<i>IND: osteolytische Knochenprozesse neoplast. Genese</i>					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09DB01 Valsartan und Amlodipin</b>				
Exforge 5 mg/80 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	28,25
5 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	32,20
10 mg/160 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	32,20
<i>IND: wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden</i>				
In einer Stichprobenanalyse mit über 15.000 Patienten, die einen Angiotensin II-Antagonisten erhalten haben, hat jeder 15. Patient sowohl Valsartan als auch Amlodipin erhalten. Diese Patienten könnten nunmehr mit der Fixkombination versorgt werden. Für Patienten, die nicht diese Kombination brauchen, gibt es wirtschaftlichere Alternativen.				

**ROT** → **GELB**

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: November 2007)

**Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>G04 UROLOGIKA</b>						
<b>G04CB01 Finasterid</b>						
RE2	<b>Finasterid „G.L.“ 5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	14,65	<b>1,73</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Erstverordnung durch den Urologen.</li> <li>- Patienten mit mittelgradigen bis schweren Symptomen von benigner Prostata-Hyperplasie.</li> <li>- Bei ausbleibendem Erfolg nach 6 bis 12 Monaten sollte die Therapie abgesetzt werden.</li> <li>- Bei Behandlungserfolg Langzeitbewilligung maximal 12 Monate (L12).</li> </ul>						
<b>H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA</b>						
<b>H01BA02 Desmopressin</b>						
RE1	<b>Nocutil 0,2 mg Tabl.</b>	15 Stk.	-	-	23,60	<b>19,40</b>
		60 Stk.	-	-	84,05	<b>76,18</b>
<p>Enuresis nocturna ab dem vollendeten 5. Lebensjahr, nach Abklärung und Erstverordnung durch einen Facharzt für Kinderheilkunde oder einen Facharzt für Urologie, strikte Einhaltung der einmaligen Medikation am Abend.</p> <p>In der Indikation Diabetes Insipidus keine Kostenübernahme, da der gleiche Wirkstoff zur nasalen Anwendung zu einem günstigeren Preis zur Verfügung steht, ausgenommen in Einzelfällen – wenn eine nasale Anwendung nicht möglich ist (pathologischer Nasenbefund).</p> <p>Bei Nykturie ist ein klinisch relevanter Patientennutzen durch die derzeitige Datenlage nicht ausreichend belegt; darüber hinaus kann Desmopressin zu Veränderungen im Serum-Na-Spiegel führen.</p>						

**Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10AE04 Insulin glargin</b>					
RE1	<b>Lantus 100 E/ml Inj.lsg. in einer Patrone für OptiClik</b>	5 Stk.	-	-	<b>67,90</b>
<p>Für PatientInnen mit Diabetes mellitus, wenn mit Insulinen aus dem grünen Bereich (A10AC, A10AD, A10AE) allein bzw. in Kombination mit anderen Antidiabetika aufgrund von symptomatischen, wiederkehrenden nächtlichen Hypoglykämien eine ausreichende Therapieeinstellung nicht möglich ist. Lantus eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitgenehmigung für 12 Monate (12).</p> <p>Lantus OptiClik ist eine weitere Darreichungsform zu den bereits im Gelben Bereich angeführten Formen Lantus Patrone und Lantus Fertigpen.</p>					
<b>A10BH01 Sitagliptin</b>					
RE1	<b>Januvia 100 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>56,65</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Patienten mit Diabetes Typ II.</li> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Januvia hat nur als Second-line-Therapie und als Kombinationstherapie mit Metformin oder als Kombinationstherapie mit Glitazonen (bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation) zu erfolgen.</li> <li>- Die Behandlung mit Januvia darf nur bei Patienten mit einem Body Mass Index größer 26 begonnen werden.</li> <li>- Januvia darf nicht mit Insulin kombiniert werden.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Hb1Ac-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Januvia eignet sich für eine chef(kontroll)ärztl. Langzeitverschreibung für 6 Monate (L6).</li> </ul>				
<p>Sitagliptin ist Vertreter einer neuen Gruppe von oralen Antidiabetika, die die Blutzuckerkontrolle bei Typ II-Diabetikern dadurch verbessern, dass sie in das Inkretinhormonsystem eingreifen (Hemmung des Inkretinabbaus) und dabei ein erhöhtes Insulinangebot (durch vermehrte Insulinsynthese und -freisetzung) und ein vermindertes Angebot an Glucagon (durch Hemmung der Freisetzung) bewirken. Es ist als Zusatz zu Metformin für die Behandlung von Typ II Diabetikern, bei denen trotz Diät und Bewegung sowie Metformin alleine keine ausreichende Blutzucker-Kontrolle erreicht wurde, zugelassen.</p> <p>Zulassungskonform ist auch die Kombination von Sitagliptin mit einem Glitazon. Wird ein Glitazon im Einzelfall als Monotherapie (außerhalb der bestimmten Verwendung) chefärztlich bewilligt, kann entsprechend der bestimmten Verwendung (bei Metforminunverträglichkeit oder -kontraindikation) die Kombination mit Sitagliptin erfolgen.</p>				

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Chinidin Duriles Retard 200 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C01BA01	05.10.2007
Triloc Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07BB02	05.10.2007
Buflhexal 300 mg Filmtabl.	20 Stk. 50 Stk.	C04AX20	15.10.2007
Buflhexal retard 600 mg Filmtabl.	30 Stk.	C04AX20	15.10.2007
Lamisil 1 % Creme	15 g	D01AE15	01.11.2007
Pe-Ce Salbe	30 g	R05X	01.11.2007

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01MA01 Ofloxacin</b>				
Ofloxacin „Stada“ 400 mg Filmtabl. (vormals Oflox 400 mg Filmtabl.)	10 Stk.	-	-	<b>12,95</b>

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10AB05 Insulin aspart</b>				

Präparat	Menge	T	OP	
<b>NovoRapid Penfill 100 E/ml in einer Patrone</b> (vormals NovoRapid Penfill 100 E/ml Zylinderamp.)	5 Stk. (3 ml + 7 Novo-Fine Nadeln)	-	(2)	<b>41,75</b>
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10AD05 Insulin aspart</b>				
<b>NovoMix 30 Penfill 100 E/ml in einer Patrone</b> (vormals NovoMix 30 Penfill 100 IE/ml Zylinderamp.)	5 Stk. (3 ml)	-	(2)	<b>41,75</b>
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01MA01 Ofloxacin</b>				
<b>Ofloxacin „Stada“ 200 mg Filmtabl.</b> (vormals Oflox 200 mg Filmtabl.)	10 Stk.	-	-	<b>9,15</b>
	20 Stk.	-	-	<b>15,45</b>
<b>Ofloxacin „Stada“ 400 mg Filmtabl.</b> (vormals Oflox 400 mg Filmtabl.)	10 Stk.	-	-	<b>12,95</b>
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03AK06 Salmeterol und andere Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen</b>				
<b>Seretide Diskus junior 50/100 mcg Plv. z. Inh.</b> (vormals Seretide Diskus junior 0,05 mg/0,1 mg Plv. z. Inh.)	60 Stk. (60 Hübe)	-	(2)	<b>39,05</b>
<i>IND: Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>				
<b>Seretide Diskus standard 50/250 mcg Plv. z. Inh.</b> (vormals Seretide Diskus standard 0,05 mg/0,25 mg Plv. z. Inh.)	60 Stk. (60 Hübe)	-	(2)	<b>53,55</b>
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>				
<b>Seretide Diskus forte 50/500 mcg Plv. z. Inh.</b> (vormals Seretide Diskus forte 0,05 mg/0,5 mg Plv. z. Inh.)	60 Stk. (60 Hübe)	-	(2)	<b>67,65</b>
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; Patienten mit COPD Stadium III und IV und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr) nach Erstverordnung durch Pulmologen</i>				

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN</b>				
<b>D06BB10 Imiquimod</b>				
RE1 <b>Aldara 5 % Creme</b>	12 Stk.	-	(2)	<b>80,00</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Versagen von Alternativen im Grünen Bereich zur Behandlung von Condylomata acuminata bei Erwachsenen.</li> <li>- Bei superfiziellen Basaliomen nach dermatologischer Abklärung, wenn eine operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist.</li> <li>- Bei nicht hyperkeratotischen, nicht hypertrophen aktinischen Keratosen im Gesicht- oder Kopfbereich, wenn durch die Größe oder die Anzahl der Läsionen eine Kryotherapie nicht möglich ist und mit anderen topischen Behandlungsmöglichkeiten (ATC-Code D11AX18) kein Auslangen gefunden wurde bzw. diese nicht geeignet sind.</li> </ul>				
<p>Es erfolgte eine Indikationserweiterung (Behandlung aktinischer Keratosen). Zwar ist die Wirksamkeit im Hinblick auf die Reduktion der Läsionen gegeben, jedoch die Überlegenheit gegenüber Vergleichsprodukten und der Langzeiterfolg nicht nachgewiesen, und daher die Anwendung auf second-line beschränkt.</p>				

**Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	
<b>J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE</b>				
<b>J06BB02 Tetanus-Immunglobulin</b>				
RE2	<b>Tetagam P-Fertigspr.</b> (vormals Tetagam P-Amp.)	1 ml	-	-
				<b>9,40</b>
Tetanusprophylaxe bei akuten Verletzungen und fehlender, unbekannter oder unvollständiger Grundimmunisierung.				