

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2013

## Informationsstand März 2013

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>					
<b>C08CA01 Amlodipin</b>					
Amlodipin "Accord" 5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	5,25	<b>7,45</b>
10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	5,25	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>					
<b>C09CA06 Candesartan</b>					
Candeblo 8 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	8,00	<b>10,03</b>
16 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	8,00	<b>12,83</b>
32 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	8,00	<b>12,83</b>
Auf Grund der Preissituation bleibt die IND-Regelung bei Atacand mit und ohne HCT bestehen.					
<b>C09DA06 Candesartan und Diuretika</b>					
Candeblo plus 8 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	8,00	<b>10,03</b>
16 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	8,00	<b>12,83</b>
32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	8,00	<b>12,83</b>
32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	8,00	<b>12,83</b>
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>					
Epilexan 250 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	7,25	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	-	-	13,50	
500 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	13,50	<b>13,50</b> <b>17,95</b> (Erstanbieter in RE2)
	60 Stk.	-	-	25,60	
1000 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	25,60	<b>17,95</b> <b>31,55</b> (Erstanbieter in RE2)
	60 Stk.	-	-	45,40	
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie					
Zahlreiche Generika von Levetiracetam sind im Grünen Bereich des EKO gelistet. Entsprechend dem Ampelprinzip sind diese gegenüber dem im Gelben Bereich angeführten Keppra primär zu verordnen.					
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2013)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>+</sup>
<b>N04BC05 Pramipexol</b>					
Oprymea 0,088 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	3,85	0,35
0,18 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	7,65	0,95
	100 Stk.	T2	-	24,20	2,80
0,35 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	12,35	1,35
	100 Stk.	T2	-	39,15	2,90
0,7 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	20,15	2,05
	100 Stk.	T2	-	63,95	6,25

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>G04 UROLOGIKA</b>				
<b>G04BD07 Tolterodin</b>				
Santizor 4 mg Retardkaps.	14 Stk.	-	-	6,65
	28 Stk.	-	-	13,00
<b>H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>H02AB04 Methylprednisolon</b>				
Metasol 250 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Inj.-/Inf.lsg.	5 Stk.	-	-	35,25

**ROT** → **GELB**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>+</sup>
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DA02 Donepezil</b>					
RE2 L6 Donepezil "Accord" 5 mg Filmtabl.	7 Stk.	-	(2)	6,55	0,70
	30 Stk.	-	-	26,55	2,22
RE2 L6 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	42,85	3,36

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>						
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>						
RE2	<b>Rivastigmin "Sandoz"</b>	28 Stk.	-	-	24,30	<b>28,05</b>
L6	<b>1,5 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	-	46,10	<b>52,60</b>
RE2	<b>3 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	46,10	<b>52,60</b>
L6						
RE2	<b>4,5 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	46,10	<b>52,60</b>
L6						
RE2	<b>6 mg Hartkaps.</b>	56 Stk.	-	(2)	46,10	<b>52,60</b>
L6						
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) oder Demenz bei PatientInnen mit idiopathischem Parkinson-Syndrom ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>						

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BD11 Metformin und Linagliptin</b>					
RE1	<b>Jentaduetto 2,5 mg/850 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>26,40</b>
L6		60 Stk.	-	-	<b>50,05</b>
RE1	<b>2,5 mg/1000 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>26,40</b>
L6		60 Stk.	-	-	<b>50,05</b>

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Jentaducto hat nur als Second-line-Therapie - nach Metformin-Monotherapie oder - als Kombinationstherapie mit einem Sulfonylharnstoff, wenn bei unzureichender Zweifachkombination aus der jeweils höchsten vertragenen Dosis von Metformin und eines Sulfonylharnstoffs nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann zu erfolgen. - Linagliptin/Metformin darf nicht mit Insulin kombiniert werden. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Linagliptin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
<b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX22 Perampanel</b>					
RE1 L12	<b>Fycompa 2 mg Filmtabl.</b>	7 Stk.	-	-	<b>59,40</b>
RE1 L12	<b>4 mg Filmtabl.</b>	7 Stk. 28 Stk.	- -	- -	<b>59,40</b> <b>200,50</b>
RE1 L12	<b>6 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>200,50</b>
RE1 L12	<b>8 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>200,50</b>
RE1 L12	<b>10 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>200,50</b>
RE1 L12	<b>12 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>200,50</b>
Zusatztherapie von therapieresistenten fokalen Anfällen mit oder ohne sekundäre Generalisierung bei EpilepsiepatientInnen ab 12 Jahren. Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch den Facharzt/die Fachärztin. Perampanel eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). Der Wirkstoff Perampanel ist seit Juli 2012 als Zusatztherapie für Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren mit epileptischen Krampfanfällen zugelassen und erweitert die therapeutische Palette der bestehenden Antiepileptika. Kritische Nutzen- und Risikobewertungen von IGWIG und NICE finden Sie unter folgenden Links: <a href="https://www.iqwig.de/perampanel-bei-epilepsie-keine-belege-fuer.1515.de.html?random=584e75">https://www.iqwig.de/perampanel-bei-epilepsie-keine-belege-fuer.1515.de.html?random=584e75</a> bzw. <a href="https://www.iqwig.de/download/A12-12_Perampanel_Kurzfassung_Nutzenbewertung_35a_SGB_V.pdf">https://www.iqwig.de/download/A12-12_Perampanel_Kurzfassung_Nutzenbewertung_35a_SGB_V.pdf</a> (Zugriff am 11.2.2013) <a href="http://www.nice.org.uk/mpc/evidencesummariesnewmedicines/ESNM7.jsp">http://www.nice.org.uk/mpc/evidencesummariesnewmedicines/ESNM7.jsp</a> (Zugriff am 11.2.2013)					

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Avodart 0,5 mg Weichkaps.</b>	30 Stk.	G04CB02	01.03.2013
<b>Citalopram "Torrex" 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.03.2013
<b>Citalopram "Torrex" 40 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	N06AB04	01.03.2013
<b>Clopidogrel „Medico Uno“ 75 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 30 Stk.	B01AC04	30.01.2013
<b>Glibenclamid "Genericon" 3,5 mg Tabl.</b>	30 Stk. 120 Stk.	A10BB01	01.03.2013
<b>Micanol Creme 1%</b>	50 g	D05AC01	24.01.2013

Micanol Creme 3%	50 g	D05AC01	24.01.2013
Pelzont 1000 mg/20 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	28 Stk. 56 Stk.	C10AD52	01.03.2013
Preotact 100 mcg Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	2 Stk.	H05AA03	01.03.2013
Sequidot 2-Phasen transdermales Matrixpflaster	8 Stk.	G03FB05	01.03.2013
Tramadolor Uno retard 200 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AX02	01.03.2013
Uft Kaps.	144 Stk.	L01BC53	01.03.2013

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L03 IMMUNSTIMULANZIEN</b>				
<b>L03AA13 Pegfilgrastim</b>				
Neulasta 6 mg Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	888,05
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03AC13 Formoterol</b>				
Foradil 12 mcg Dosieraerosol	50 Hb.	-	-	22,35
	100 Hb.	-	-	39,50
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; stabile mittelgradige bis schwere COPD</i>				
Alternativ und kostengünstiger ist Forair 12 mcg Dosieraerosol mit gleicher IND und einer Packungsgröße von 120 Hüben um € 35,25 verordenbar.				

**Änderung des ATC-Codes im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL</b>				
<b>A16AX Sonstige Mittel für das alimentäre System und den Stoffwechsel</b>				
Colpermin Kapseln <i>vormals ATC-Code A15</i>	50 Stk.	-	-	10,75

**Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10AA04 Fluvastatin</b>				
Fluvastatin "Actavis" 40 mg Kaps.	30 Stk.	-	(2)	6,75
Streichung der 10 Stk.-Packung				

**Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XX05 Hydroxycarbamid</b>					
RE2	<b>Litalir 500 mg Kaps.</b>	100 Stk.	-	-	<b>54,25</b>
Bei PatientInnen mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- chronisch myeloischer Leukämie</li> <li>- essentieller Thrombozythämie oder Polyzythämia vera mit hohem Risiko für thromboembolische Komplikationen</li> </ul> Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. –ambulanz.					

**Änderung des ATC-Codes im Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>N01 ANÄSTHETIKA</b>					
<b>N01BB52 Lidocain, Kombinationen</b>					
<b>Instillagel Einmalspr. 6 ml</b>		1 Stk.	-	-	<b>1,75</b>
<i>vormals ATC-Code N01BB02</i>		10 Stk.			<b>11,50</b>
<b>Instillagel Einmalspr.11 ml</b>		1 Stk.	-	-	<b>2,20</b>
<i>vormals ATC-Code N01BB02</i>		11 Stk.	-	-	<b>14,40</b>
<b>IND:</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Selbstkatheterisierung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen (z.B. MS, Querschnittlähmung).					
<b>D08 ANTISEPTIKA UND DESINFIZIATIONSMITTEL</b>					
<b>D08AJ57 Octenidin, Kombinationen</b>					
<b>Octenisept Lsg.z.Wund-u. Schleimhautdesinfektion</b>		250 ml	-	-	<b>6,35</b>
<i>vormals ATC-Code D08AX</i>		500 ml	-	-	<b>9,60</b>
<b>IND:</b> Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Selbstkatheterisierung (zB bei Patienten mit Querschnittlähmung).					