

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2013

Informationsstand Dezember 2013

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BB09 Gliclazid					
Gliclazid "Sandoz" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	(2)	1,95	0,25
	120 Stk.	-	-	7,80	1,40
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DA06 Candesartan und Diuretika					
Candesartan/HCT "Arcana" 16 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,80	2,40
Candesartan/HCT "Stada GmbH" 32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	6,80	2,40
32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	6,80	2,40
Da ab sofort alle Atacand-Präparate nicht mehr auf Kassenkosten verordnet werden können, ist es wichtig, dass eine breite Palette an Nachfolgepräparaten in allen Wirkstärken und Kombinationen mit HCT zur Verfügung steht. Es ist nachvollziehbar, dass auch bereits eingestellten PatientInnen das Originärpräparat zum dreifachen Preis nicht erstattet werden kann.					
D05 ANTIPSORIATIKA					
D05BB02 Acitretin					
Keracutan 10 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	11,25	17,50 (Erstanbieter in RE2)
	100 Stk.	-	-	35,45	52,20 (Erstanbieter in RE2)
25 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	22,90	35,85 (Erstanbieter in RE2)
	100 Stk.	-	-	72,45	115,85 (Erstanbieter nicht im EKO)
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Dermatologie mit dem Hinweis „Acitretin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 2 Jahre nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen)“					
Keracutan ist ein Nachfolgepräparat zu dem im Gelben Bereich angeführten Neotigason. Entsprechend dem Ampelprinzip ist die Verordnung des Nachfolgepräparates zu bevorzugen.					
N05 PSYCHOLEPTIKA					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N05AH04 Quetiapin					
Quetiapin "Accord" 200 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	9,50	10,80
	30 Stk.	-	(2)	21,65	24,75
300 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	12,55	15,80
	60 Stk.	-	-	51,55	58,50
400 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	15,25	34,05
	60 Stk.	-	-	68,50	94,50
Der Generikaanteil liegt bei den Quetiapinverordnungen derzeit bei ca. 40 %.					
N05AX08 Risperidon					
Risperidon "Sandoz" 1 mg Schmelzfilm	10 Stk.	-	(2)	3,85	(Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden) 21,43
	60 Stk.	-	-	19,95	
2 mg Schmelzfilm	10 Stk.	-	(2)	6,45	(Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden) 76,87
	60 Stk.	-	-	32,60	(Erstanbieter nicht im EKO)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE				
C01EB15 Trimetazidin				
Vastarel 35 mg Filmtabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	-	5,35
	60 Stk.	-	-	10,40
Weiteres Medikament zur Behandlung der Angina pectoris; die Bewertung der EMA finden Sie unter (http://www.ema.europa.eu/docs/de_DE/document_library/Referrals_document/Trimetazidine_31/WC500129195.pdf , Zugang am 7.11.2013)				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DA02 Donepezil					
RE2 L6 Donepezil "Sandoz" 5 mg Schmelzfilme	10 Stk.	-	(2)	8,95	0,99
	30 Stk.	-	-	25,35	3,34
RE2 L6 10 mg Schmelzfilme	30 Stk.	-	(2)	39,95	6,06

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						
N06DA03 Rivastigmin						
RE2	Rivastigmin "Genericon" 4,6 mg/24 h transdermales Pflaster	7 Stk.	-	-	12,60	14,40
L6		30 Stk.	-	(2)	49,50	56,20
RE2	9,5 mg/24 h transdermales Pflaster	30 Stk.	-	(2)	49,50	56,20
L6						
<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Rivastigmin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist. - Rivastigmin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Rivastigmin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
D06 ANTIBIOTIKA UND CHEMOTHERAPEUTIKA ZUR DERMATOLOGISCHEN ANWENDUNG					
D06BX02 Ingenol mebutat					
RE1	Picato 150 mcg/g Gel	3 Stk.	-	-	108,10
<p>Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen des Kopfes und Gesichts mit einer Fläche von kleiner gleich 25 cm² nach dermatologischer Abklärung, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und - wegen Art oder Anzahl der Läsionen bzw. wegen der Anwendungsdauer oder Unverträglichkeit die im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführte therapeutische Alternative (ATC-Code D11AX – 5-Fluorouracil/Salicylsäure) nicht geeignet ist und - wegen Unverträglichkeit oder der Anwendungsdauer die im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführten therapeutischen Alternativen (ATC-Code D06BB10, D11AX18) nicht geeignet sind. 					
RE1	500 mcg/g Gel	2 Stk.	-	-	108,10

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Bei nicht-hyperkeratotischen, nicht-hypertrophen aktinischen Keratosen an Stamm und Extremitäten mit einer Fläche von kleiner gleich 25 cm ² nach dermatologischer Abklärung, wenn				
<ul style="list-style-type: none"> - eine Kryotherapie oder operative Entfernung kontraindiziert oder nicht möglich ist und - wegen Art oder Anzahl der Läsionen bzw. wegen Anwendungsdauer oder Unverträglichkeit die im Gelben Bereich des Erstattungskodex angeführte therapeutische Alternative (ATC-Code D11AX – 5-Fluorouracil/Salicylsäure) nicht geeignet ist. 				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Atacand 4 mg Tabl.*	28 Stk.	C09CA06	01.12.2013
Atacand 8 mg Tabl.*	28 Stk.	C09CA06	01.12.2013
Atacand 16 mg Tabl.*	28 Stk.	C09CA06	01.12.2013
Atacand 32 mg Tabl.	28 Stk.	C09CA06	01.12.2013
Atacand Plus 16 mg/12,5 mg Tabl.*	28 Stk.	C09DA06	01.12.2013
Atacand Plus 32 mg/12,5 mg Tabl.*	28 Stk.	C09DA06	01.12.2013
Atacand Plus 32 mg/25 mg Tabl.*	28 Stk.	C09DA06	01.12.2013
Atacand Plus mite 8 mg/12,5 mg Tabl.*	28 Stk.	C09DA06	01.12.2013
Desloraderm 5 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AX27	01.12.2013
Duphalac Sirup**	200 ml 500 ml	A06AD11	01.12.2013
Fludara Filmtabl.**	15 Stk. 20 Stk.	L01BB05	01.12.2013
Kreon Gran.**	50 Stk.	A09AA02	01.12.2013

+ aus wirtschaftlichen Gründen gestrichen

++ aufgrund von Nichtlieferfähigkeit gestrichen

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
B03 ANTIANÄMIKA				
B03XA01 Erythropoietin				
Binocrit 10.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	-	(2)	344,15
IND:				
Symptomatische Anämie infolge Chemotherapie maligner Tumore mit Ausgangs-Hb kleiner 10 g/dl.				
- Nach Therapiebeginn und nach jeder Dosisänderung kurzfristige Hb-Kontrollen bis zur Stabilisierung des Hb, danach mindestens vierwöchentliche Hb-Kontrollen.				
- Es ist die niedrigst mögliche Dosierung zu wählen, die ausreicht, das Hb schrittweise so weit zu erhöhen, damit Transfusionen vermieden werden (Grenzwert üblicherweise Hb 8 g/dl).				
- Hämoglobinwerte über 12 g/dl sind zu vermeiden.				
- Bei Nichtansprechen Abbruch max. 8 Wochen nach Therapiebeginn.				
- Therapieende nach Abschluss des Chemotherapieschemas.				
- Für PatientInnen, bei denen es in irgendeinem 2-Wochen-Zeitraum zu einem Hb-Anstieg größer 1 g/dl kommt, bestehen erhöhte Sicherheitsbedenken.				
- Cave: in kontrollierten klinischen Studien bei PatientInnen mit verschiedenen Tumorerkrankungen, die mit ESAs (Erythropoiesis Stimulating Agents) behandelt wurden, ist eine nicht erklärbare höhere Mortalität beobachtet worden.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Austausch auf ein Produkt mit Nadelschutzsystem				