

# EKO-MED-INFO

## Sammelband

Informationen für Vertragsärzte der Kärntner Gebietskrankenkasse

### Neu im EKO-SAMMELBAND

(Änderungen ab Mai, Juni und Juli 2016)

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2016

Informationsstand Juli 2016

**ROT** → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>*</sup>
<b>C08 CALCIUMKANALBLOCKER</b>					
<b>C08CA01 Amlodipin</b>					
Amlodipin „Sandoz“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	3,90	1,01
7,5 mg Tabl.	30 Stk.	T3	(2)	3,90	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	3,90	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
<b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX16 Pregabalin</b>					
Brieka 25 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	0,95	2,60
	21 Stk.	-	-	1,40	3,95
	60 Stk.	-	-	4,10	9,87
	90 Stk.	-	-	6,10	14,46
50 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	2,85	6,05
	90 Stk.	-	-	11,80	21,79
75 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	2,85	6,05
	60 Stk.	-	-	11,85	21,74
100 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	5,00	8,00
	90 Stk.	-	-	20,15	28,89
150 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	5,05	8,00
	60 Stk.	-	-	20,30	29,00
200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	8,20	10,75
	90 Stk.	-	-	32,30	41,75
300 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	8,20	10,80
	60 Stk.	-	-	32,40	41,86

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juli 2016)



PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BA03 Levodopa, Decarboxylasehemmer und COMT-Hemmer</b>					
Trigelan 50 mg/12,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,50	14,25
	100 Stk.	-	-	50,90	35,55
100 mg/25 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,50	16,45
	100 Stk.	-	-	50,90	41,65
150 mg/37,5 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,50	18,65
	100 Stk.	-	-	50,90	47,65
200 mg/50 mg/200 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	18,50	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	100 Stk.	-	-	50,90	
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AX12 Aripiprazol</b>					
Aripiprazol „ratiopharm“ 10 mg Schmelztabl.	10 Stk.	-	(2)	18,70	3,02
	30 Stk.	-	(2)	53,15	7,04
15 mg Schmelztabl.	10 Stk.	-	(2)	18,70	3,02
	30 Stk.	-	(2)	53,15	7,04
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AX21 Duloxetin</b>					
Duloxetin „Stada“ 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	-	3,60	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 11,20
	28 Stk.	-	-	7,20	
60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	-	7,20	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 12,50
	28 Stk.	-	-	13,80	
N P					
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>					
<b>R03AK06 Salmeterol und Fluticason</b>					
Salmecomp 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk.	-	(2)	18,00	9,35
<i>IND: Mittelschweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>					
50 mcg/250 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk.	-	(2)	24,35	13,35
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen</i>					
50 mcg/500 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk.	-	(2)	30,10	16,10
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma mit nächtlichen Anfällen; PatientInnen mit COPD mit FEV1 unter 60 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1 x pro Jahr) nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i>					
Mit Salmecomp steht das erste (Salmecomp 50/100 µg) bzw. zweite (50/250 µg; 50/500 µg) Nachfolgepräparat des Seretide Diskus zur Verfügung. Eine Umstellung ist aufgrund der Anwendungsart (identisch zu bedienender Diskus als Inhalationsdevice) auch für den Patienten einfach umzusetzen, die IND-Regeln sind deckungsgleich mit denen des Referenzproduktes.					
<b>R06 ANTIHISTAMINIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>R06AX27 Desloratadin</b>					
Desloratadin „ratiopharm“ 5 mg Schmelztabl.	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	1,45 3,90	2,55 5,60 (Erstanbieter nicht im EKO)

**ROT** → **GELB** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J01XX08 Linezolid</b>						
RE1	<b>Linezolid HCS 600 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 20 Stk.	- -	- -	273,25 525,30	<b>317,70</b> <b>631,95</b>
Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.						
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>						
<b>S01ED51 Timolol, Kombinationen</b>						
RE2	<b>Duokopt 20 mg/ml + 5 mg/ml Augentropf.</b>	5 ml 1 ml=25 Tr.	-	(2)	15,85	<b>13,45</b>
Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit						

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL</b>					
<b>A16AX10 Eliglustat</b>					
RE1 L6	<b>Cerdelga 84 mg Hartkaps.</b>	14 Stk. 56 Stk.	- -	(2) -	<b>5.534,75</b> <b>22.065,05</b>
Zur Monotherapie bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit gesicherter Diagnose eines Morbus Gaucher Typ I. Kein Einsatz bei ultraschnellen Metabolisierern oder unklarem Metabolisierungsstatus in Bezug auf Cytochrom-P450 Typ 2D6 (CYP2D6). Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus mit einer validierten Testmethode. Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. Alle sechs Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen. Eliglustat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).  Zulassungsrelevant für Cerdelga war mit mehr als 400 Patienten das größte Studienprogramm, das jemals mit Typ-1-Gaucher-Patienten durchgeführt wurde. Sowohl die Wirksamkeit als auch Nicht-Unterlegenheit gegenüber der Enzyersatztherapie konnte gezeigt werden. Die Jahrestherapiekosten liegen bei über € 280.000.--!					
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AX14 Alirocumab</b>					
RE1	<b>Praluent 75 mg Inj.lsg. Fertigpen </b>	2 Stk.	-	-	<b>457,55</b>
RE1	<b>150 mg Inj.lsg. Fertigpen </b>	2 Stk.	-	-	<b>457,55</b>
Bei primärer Hypercholesterinämie zur Sekundärprävention nach einem akuten atherosklerotisch bedingten, ischämischen kardiovaskulären Ereignis bei PatientInnen mit diagnostisch gesicherter koronarer Herzkrankheit und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit und/oder zerebraler arterieller Verschlusskrankheit - wenn aufgrund des sehr hohen kardiovaskulären Risikos (größer gleich 10 % gemäß ESC-Leitlinie) eine zusätzliche Senkung von LDL-C medizinisch erforderlich ist, <i>und</i> - wenn eine professionelle Ernährungsberatung erfolgt, der arterielle Blutdruck kontrolliert und der Blutzucker auf ein HbA1c kleiner 7.5 % eingestellt ist sowie eine Tabakrauchabstinenz angestrebt wird, <i>und</i> - wenn über mindestens 3 Monate mit der maximal verträglichen Dosierung einer intensivierten LDL-C senkenden Therapie mit Atorvastatin bzw. Rosuvastatin, jeweils in Kombination mit Ezetimib (oder Ezetimib mit oder ohne Colesevelam bei Statinunverträglichkeit) ein LDL-Wert von kleiner als 100 mg/dl nicht erreicht werden kann, oder wenn diese Behandlungen kontraindiziert sind. Eine Unverträglichkeit gegenüber Statinen gilt jedenfalls als belegt, wenn Therapieversuche mit mehreren Statinen - jedenfalls auch Atorvastatin und Rosuvastatin - zu Myalgien und einem Anstieg der Kreatinin-Kinase auf mindestens das Fünffache des oberen Normwertes führten oder wenn durch ein Statin eine schwere Hepatopathie aufgetreten ist. Diagnose und Erstverordnung durch ein spezialisiertes Zentrum von einem Facharzt/einer Fachärztin für Innere Medizin mit dem Additivfach Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen. Die Liste der für die Erstverordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Hauptverband erstellt und unter <a href="http://www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel">www.hauptverband.at/erstattungskodex_stoffwechsel</a> publiziert. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine in der Therapie von Fettstoffwechselstörungen erfahrenen/erfahrene Facharzt/Fachärztin. Die Behandlung mit Alirocumab kann nur fortgesetzt werden, wenn bei einer Laborkontrolle 2 - 3 Monate nach Behandlungsbeginn das LDL-C gegenüber dem Ausgangswert unter der maximal intensivierten lipidsenkenden Therapie um mindestens 40 % gesunken ist bzw. ein LDL-Wert von kleiner als 70 mg/dl erreicht wurde. Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30. Juni 2017.					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Aufgrund noch fehlender Daten zur Gesamtmortalität und dem Verdacht eines erhöhten Risikos neurokognitiver Störungen sollte auf Alirocumab nur nach strenger Indikationsstellung durch ein spezialisiertes Zentrum eingestellt und die Notwendigkeit der Weiterverordnung regelmäßig reevaluiert werden. Diese medizinischen Bedenken sowie die zusätzlichen Jahrestherapiekosten von € 5.948,15 verlangen einen sorgsam Einsatz.				

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amlodipin „G.L.“ 5 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	01.07.2016
Amlodipin „G.L.“ 10 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	01.07.2016
Cerezyme 200 U Plv. für ein Konz. zur Herst. einer Inf.lsg.	1 Stk.	A16AB02	01.07.2016
Infloran Kps.	20 Stk.	A07FA01	17.05.2016
Matrifen 12 mcg/h transderm. Pflaster	5 Stk.	N02AB03	01.07.2016
Matrifen 25 mcg/h transderm. Pflaster	5 Stk.	N02AB03	01.07.2016
Matrifen 50 mcg/h transderm. Pflaster	5 Stk.	N02AB03	01.07.2016
Matrifen 75 mcg/h transderm. Pflaster	5 Stk.	N02AB03	01.07.2016
Matrifen 100 mcg/h transderm. Pflaster	5 Stk.	N02AB03	01.07.2016
Oxycodon „Accord“ 20 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk. 56 Stk.	N02AA05	01.07.2016
Oxycodon „Accord“ 40 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA05	01.07.2016
Oxycodon „Accord“ 80 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N02AA05	01.07.2016
Pantoprazol „Arcana“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.07.2016
Pantoprazol „Arcana“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	7 Stk. 14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.07.2016
Pantoprazol „Merck“ 20 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.07.2016
Pantoprazol „Merck“ 40 mg magensaftresistente Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	A02BC02	01.07.2016
Tilavist Augentropf.	5 ml	S01GX04	01.07.2016
Triprim 100 mg Tabl.	20 Stk.	J01EA01	01.07.2016
Zeldox 10 mg/ml Susp. zum Einnehmen	60 ml	N05AE04	01.07.2016

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN</b>				
<b>C07AB07 Bisoprolol</b>				
Bisoprolol „Sandoz“ 3,75 mg Filmtabl.	30 Stk.	T3	(2)	<b>3,10</b>
Streichung der 7 Stk.-Packung				
Bisoprolol „Sandoz“ 7,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	T3	(2)	<b>5,15</b>
Streichung der 10 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D05 ANTIPSORIATIKA</b>				
<b>D05AX52 Calcipotriol, Kombinationen</b>				
<b>Daivobet 50 mcg/g + 0,5 mg/g Gel + Applikator</b>	30 g	-	-	<b>23,95</b>
	60 g	-	-	<b>45,40</b>
	60 g	-	-	<b>45,40</b>
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Haut- und Geschlechtskrankheiten (D)				
Aufnahme einer weiteren Packung zu 60 g mit Applikator				
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>				
<b>L02BB03 Bicalutamid</b>				
<b>Bicalutamid „Actavis“ 50 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>53,40</b>
Streichung der 10 Stk.-Packung				
<b>Bicalutamid „Actavis“ 150 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>120,45</b>
Streichung der 10 Stk.-Packung				

### Änderung von ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>				
<b>L04AX03 Methotrexat (vormals L01BA01)</b>				
<b>Ebetrexat 5 mg Tabl.</b>	20 Stk.	-	(2)	<b>17,05</b>
<b>Ebetrexat 10 mg Tabl.</b>	10 Stk.	-	(2)	<b>17,05</b>
<b>Methotrexat „Lederle“ Tabl.</b>	30 Stk.	-	(2)	<b>15,30</b>
<b>Methotrexat „Lederle“ 25 mg Stechamp.</b>	1 Stk.	-	-	<b>4,55</b>

### Änderung von ATC-Codes im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B02 ANTIHÄMORRHAGIKA</b>					
<b>B02BD04 Gerinnungsfaktor IX (vormals B02BD09)</b>					
RE1	<b>BeneFIX 250 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>235,90</b>
RE1	<b>BeneFIX 500 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>445,60</b>
RE1	<b>BeneFIX 1000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>855,25</b>
RE1	<b>BeneFIX 2000 IE Plv. u. Lsgm. zur Herst. einer Inj.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>1685,80</b>
Bei angeborenem Faktor IX-Mangel (Hämophilie B). Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BJ01 Exenatid (vormals A10BX04)</b>					
RE1 L6	<b>Bydureon 2 mg Plv. und Lsgm. Fertigpen (PM)</b>	4 Stk.	-	-	<b>104,60</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung mit Exenatid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinientherapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich zu erfolgen (ATC-Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH).</li> <li>- Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Exenatid darf nur bei PatientInnen ab einem Body Mass Index von 30 kg/m<sup>2</sup> begonnen werden.</li> <li>- Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.</li> <li>- Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1 % und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden.</li> <li>- Exenatid darf nur in Kombination mit Metformin und/oder einem Sulfonylharnstoff, mit einem Thiazolidindion oder in Kombination mit Metformin und einem Thiazolidindion eingesetzt werden.</li> <li>- Exenatid darf nicht mit Insulinen, DPP-IV-Hemmern, SGLT2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden.</li> <li>- Exenatid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden.</li> <li>- Kein Einsatz bei mäßiger bis schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance unter 50 ml/min) oder terminaler Niereninsuffizienz.</li> <li>- Exenatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
<b>A10BK01 Dapagliflozin (vormals A10BX09)</b>					
RE1 L6	<b>Forxiga 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	- -	- -	<b>25,15</b> <b>47,70</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Dapagliflozin hat nur als Second-line-Therapie als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder</li> <li>- als Kombinationstherapie mit Metformin oder</li> <li>- als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen oder</li> <li>- als Kombinationstherapie mit Insulin mit oder ohne Metformin zu erfolgen.</li> <li>- Dapagliflozin wird in Kombination mit Pioglitazon, Gliniden oder DPP-IV-Hemmern nicht erstattet.</li> <li>- Kein Einsatz bei PatientInnen über 75 Jahren, bei Neoplasien der Harnblase oder bei mittelschwerer und schwerer Nierenfunktionsstörung (definiert nach Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min).</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenwerte gemäß Fachinformation.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Dapagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
<b>A10BK02 Canagliflozin (vormals A10BX11)</b>					
RE1 L6	<b>Invokana 100 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	- -	- -	<b>19,10</b> <b>54,30</b>
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung mit Canagliflozin hat nur als Second-line-Therapie</li> <li>- als Monotherapie bei Metformin-Unverträglichkeit oder -Kontraindikation, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code A10BB, A10BF, A10BX) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann, oder</li> <li>- als Kombinationstherapie mit Metformin und/oder einem Sulfonylharnstoff oder</li> <li>- als Kombinationstherapie mit Insulin mit oder ohne Metformin oder</li> <li>- als Kombinationstherapie mit Metformin und Pioglitazon zu erfolgen.</li> <li>- Canagliflozin wird in Kombination mit DPP-IV-Hemmern oder Gliniden nicht erstattet.</li> <li>- Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min.</li> <li>- Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen.</li> <li>- Canagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
<b>A10BK03 Empagliflozin (vormals A10BX12)</b>					
RE2 L6	<b>Jardiance 10 mg Filmtabl. (PM)</b>	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	<b>24,00</b> <b>48,80</b>
RE2 L6	<b>Jardiance 25 mg Filmtabl. (PM)</b>	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	<b>24,00</b> <b>48,80</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 hat nur als Second-line-Therapie zu erfolgen. - Keine Neueinstellung bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 60 ml/min. Wenn die Kreatinin-Clearance unter Empagliflozin-Therapie unter 60 ml/min fällt, ist eine maximale Tagesdosis von 10 mg einzusetzen. Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45 ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Regelmäßige HbA1c-Bestimmungen sind durchzuführen. - Empagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
<b>D11 ANDERE DERMATIKA</b>					
<b>D11AX23 Kalium Aminobenzoat (vormals D11AX)</b>					
RE2	Potaba „Glenwood“ 3 g Plv	40 Stk.	-	-	37,90
Induratio penis plastica. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch Fachärzte für Urologie.					

## RÜCKBLICKEND

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juni 2016

## Informationsstand Juni 2016

**ROT** → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A06 MITTEL BEI VERSTOPFUNG</b>					
<b>A06AD65 Macrogol, Kombinationen</b>					
Laxogol Plv. zur Herstellung einer Lsg. zum Einnehmen	10 Stk.	-	-	2,65	3,35 6,55 (Erstanbieter Movicol nicht im EKO)
	20 Stk.	-	-	5,10	
Mit Laxogol (Zitronen-Limettenaroma; Molaxole mit Zitronenaroma) steht ein weiteres osmotisches Laxans für PatientInnen ab 12 Jahren in der Grünen Box zur Verfügung.					
<b>D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN</b>					
<b>D07XC01 Betamethason</b>					
Soderm 0,64 mg/g + 20 mg/g Lsg. zur Anw. auf der Haut	30 ml	-	-	3,35	3,15
Soderm kommt als erstes Nachfolgepräparat zum in etwa halben Preis der Diprosalic-Lösung in den EKO.					
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX16 Pregabalin</b>					
Pregabalin „Stada“ 25 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	1,10	2,45
	21 Stk.	-	-	1,65	3,70
	56 Stk.	-	-	4,45	9,25
	84 Stk.	-	-	6,65	13,50
50 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	3,00	5,90
	84 Stk.	-	-	11,65	21,15

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Juni 2016)

PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung
75 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	3,00	5,90
	56 Stk.	-	-	11,65	21,15
100 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	5,15	7,85
	84 Stk.	-	-	19,45	28,25
150 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	5,20	7,85
	56 Stk.	-	-	19,55	28,40
200 mg Hartkaps.	21 Stk.	-	-	8,35	10,60
	84 Stk.	-	-	30,75	41,15
300 mg Hartkaps.	14 Stk.	-	-	8,35	10,65
	56 Stk.	-	-	30,80	41,30
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BD02 Rasagilin</b>					
Rasigerolan 1 mg Tabl.	10 Stk.	-	-	14,70	41,90
	30 Stk.	-	-	41,40	92,40 (Erstanbieter in RE2)
Durch dieses dritte Nachfolgepräparat von Azilect kann das große Einsparpotenzial mit Verordnungen aus der Grünen Box weiter ausgeschöpft werden.					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05AX12 Aripiprazol</b>					
Aripiprazol „Stada“ 10 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	27,60	1,60
	28 Stk.	-	(2)	53,55	3,10
15 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	27,60	1,60
	28 Stk.	-	(2)	53,55	3,10
30 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	27,60	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 172,90
	28 Stk.	-	(2)	53,55	(Erstanbieter nicht im EKO)
Lemilvo 10 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	27,60	1,60
	30 Stk.	-	(2)	57,35	3,12
15 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	27,60	1,60
	30 Stk.	-	(2)	57,35	3,12
30 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	27,60	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 172,92
	30 Stk.	-	(2)	57,35	(Erstanbieter nicht im EKO)

**ROT** → **GELB** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J01XX08 Linezolid</b>					
RE1   Linezolid „ratiopharm“ 600 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	321,45	269,50
	20 Stk.	-	-	613,60	543,65
Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.					
RE1   Linezolid „Sandoz“ 600 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	321,45	269,50
	20 Stk.	-	-	613,60	543,65
Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist. Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.					






Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>1</sup>
RE1	Linezolid „Stada“ 600 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	321,45	269,50
		20 Stk.	-	-	613,60	543,65

Als Reserveantibiotikum bei Erwachsenen mit Linezolid-empfindlichen grampositiven Erregern, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Grünen und Gelben Bereich des EKO nicht möglich ist.

Die Indikationsstellung und Verordnung muss im intramuralen Bereich erfolgen, ein Keimnachweis ist vorzulegen.

## Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE38 Cobimetinib</b>					
RE1	Cotellic 20 mg Filmtabl. 	63 Stk.	-	-	5.740,65
<p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600 Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom - als Kombinationstherapie mit Vemurafenib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. Nachweis einer positiven BRAF-V600 Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p> <p>Zur Therapie des fortgeschrittenen Melanoms werden von den NCCN Guidelines die Kombinationstherapien Cotellic + Zelboraf und Mekinist + Tafinlar gleichgestellt.</p>					
<b>L01XE25 Trametinib</b>					
RE1	Mekinist 0,5 mg Filmtabl. 	7 Stk. 30 Stk.	- -	- -	401,75 1.640,75
RE1	2,0 mg Filmtabl. 	7 Stk. 30 Stk.	- -	- -	1.533,00 6.489,00
<p>Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600 Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom - als Kombinationstherapie mit Dabrafenib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. - als Monotherapie, wenn eine Kombinationstherapie mit Dabrafenib kontraindiziert ist. Eine Trametinib-Monotherapie zeigte keine klinische Aktivität bei PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt. Nachweis einer positiven BRAF-V600 Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p>					

## Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Abilify Maintena 400 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj.susp.	1 Stk.	N05AX12	01.06.2016
Bactroban Creme 2%	15 g	D06AX09	01.06.2016
Bonefos 800 mg Filmtabl.	60 Stk.	M05BA02	01.06.2016
Foradil 12 mcg Dosieraerosol	50 Hb 100 Hb	R03AB13	01.06.2016
Gonal-f 450 IE (33 mcg) Plv. u. Lsgm. z. Herst. einer Inj.lsg.	1 Stk.	G03GA05	01.06.2016
Lamivudin „Sandoz“ 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	J05AF05	01.06.2016
Parapanol 1 mg Filmtabl.	28 Stk. 84 Stk.	G03CA03	01.06.2016
Parapanol 2 mg Filmtabl.	28 Stk. 84 Stk.	G03CA03	01.06.2016
Parapanol kombi 2 mg/1 mg Filmtabl.	28 Stk.	G03FA01	01.06.2016
Parapanol duo Filmtabl.	28 Stk.	G03FB05	01.06.2016
Parapanol duo mite Filmtabl.	28 Stk.	G03FB05	01.06.2016
Pyrazinamid „Provita“ Tabl.	50 Stk.	J04AK01	26.04.2016

## Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>D10 AKNEMITTEL</b>				
<b>D10BA01 Isotretinoin</b>				
Isotretinoin „ratiopharm“ 10 mg Kaps.	30 Stk.	-	(2)	19,25
20 mg Kaps.	30 Stk.	-	(2)	34,25
Bislang mit IND frei verschreibbar, jetzt nach fachärztlicher Erstverordnung: D (frei verschreibbar für FachärztInnen der Dermatologie) mit folgendem Therapie-Hinweis: Isotretinoin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 4 Wochen nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).				

## Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC01 Omeprazol</b>				
Omeprazol „Hexal“ 20 mg Kaps.	14 Stk.	-	-	6,95
	28 Stk.	-	-	11,60
Streichung der 7 Stk.-Packung				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE23 Dabrafenib</b>					
RE1	Tafinlar 50 mg Hartkaps. (PM)	28 Stk.	-	-	1.030,25
		120 Stk.	-	-	4.334,25
RE1	75 mg Hartkaps. (PM)	28 Stk.	-	-	1.533,00
		120 Stk.	-	-	6.489,00
Zur Behandlung erwachsener PatientInnen mit BRAF-V600 Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom - als Kombinationstherapie mit Trametinib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten. - als Monotherapie, wenn eine Kombinationstherapie mit Trametinib kontraindiziert ist. Nachweis einer positiven BRAF-V600 Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle (u.a. Herzfunktion) durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.					
Die bestimmte Verwendung wurde dahingehend geändert, dass die erstgenannte Kombinationstherapie möglich ist.					

## Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>N01 ANÄSTHETIKA</b>					
<b>N01BB52 Lidocain, Kombinationen</b>					
RE2 L12	Instillagel Einmalspr. 6 ml	10 Stk.	-	-	11,50
Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Selbstkatheterisierung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen (z.B. MS, Querschnittlähmung).					
Streichung der 1 Stk.-Packung					
RE2 L12	Instillagel Einmalspr. 11 ml	10 Stk.	-	-	14,40
Eine Kostenübernahme ist nur möglich bei Selbstkatheterisierung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen (z.B. MS, Querschnittlähmung).					
Streichung der 1 Stk.-Packung					

RÜCKBLICKEND

# Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Mai 2016

Informationsstand Mai 2016

**ROT** → **GRÜN** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>6</sup>
<b>G04 UROLOGIKA</b>					
<b>G04CA02 Tamsulosin</b>					
Tamsulosin „Genericon“ 0,4 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	1,65	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 4,50
	30 Stk.	-	(2)	5,00	
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Urologie (U)					
<b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>					
<b>N03AX16 Pregabalin</b>					
Pregabalin „Genericon“ 25 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	1,80	3,46
	60 Stk.	-	-	5,40	8,66
	90 Stk.	-	-	8,10	12,59
50 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	4,50	5,75
	90 Stk.	-	-	13,20	20,48
75 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	4,50	5,75
	60 Stk.	-	-	13,15	20,53
100 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	7,60	7,68
	90 Stk.	-	-	21,50	27,63
150 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	7,65	7,70
	60 Stk.	-	-	21,55	27,84
200 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	-	11,85	10,66
	90 Stk.	-	-	33,60	40,54
300 mg Hartkaps.	20 Stk.	-	-	11,85	10,71
	60 Stk.	-	-	33,60	40,74
<b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b>					
<b>N04BD02 Rasagilin</b>					
Rasagilin „HCS“ 1 mg Tabl.	14 Stk.	-	-	23,85	39,56
	28 Stk.	-	-	45,15	85,43
Rasagilin „ratiopharm“ 1 mg Tabl.	10 Stk.	-	-	17,50	39,10
	30 Stk.	-	-	48,90	84,90
Die beiden Generika sind die ersten Nachfolgepräparate zu Azilect. Im Unterschied zu Azilect sind die neuen Präparate im Grünen Bereich des EKO.					

**ROT** → **GELB** Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>6</sup>
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DA03 Rivastigmin</b>					

\* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Mai 2016)

PM: Arzneyspezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung <sup>6)</sup>
RE2 L6	<b>Rivastigmin „ratiopharm“ 13,3 mg/24 h transdermales Pflaster</b>	30 Stk.	-	(2)	58,25	<b>19,40</b>
<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 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>						
Die zusätzliche Wirkstärke ergänzt die Palette zu 4,6 und 9,5 mg/24 h von Rivastigmin ratiopharm.						

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Amlodipin „Sandoz“ 5 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C08CA01	30.04.2016
<b>Amlodipin „Sandoz“ 7,5 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C08CA01	30.04.2016
<b>Amlodipin „Sandoz“ 10 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C08CA01	30.04.2016
<b>Donepezil „ratiopharm“ 5 mg Schmelztabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	N06DA02	01.05.2016
<b>Donepezil „ratiopharm“ 10 mg Schmelztabl.</b>	30 Stk.	N06DA02	01.05.2016
<b>Indobene retard 75 mg Kaps.</b>	30 Stk.	M01AB01	01.05.2016
<b>Olanzapin „ratiopharm“ 7,5 mg Schmelztabl.</b>	7 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.05.2016
<b>Venaxibene 150 mg Retardtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	N06AX16	01.05.2016
<b>Zantac 150 mg Filmtabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	A02BA02	01.05.2016
<b>Zantac 300 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 30 Stk.	A02BA02	01.05.2016
<b>Zemplar 1 mcg Weichkaps.</b>	28 Stk.	H05BX02	01.05.2016
<b>Zemplar 2 mcg Weichkaps.</b>	28 Stk.	H05BX02	01.05.2016

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01MA06 Norfloxacin</b>				
<b>Norfloxacin „Sandoz“ 400 mg Filmtabl.</b>	10 Stk.	-	-	<b>7,55</b>
Streichung der 20 Stk.-Pkg.				

### Preissenkungen bei Pantoprazol

Nach einer Gruppenüberprüfung zur Wirtschaftlichkeit von Pantoprazol-Präparaten haben fast alle Anbieter von Pantoprazol-Präparaten den Preis auf generisches Niveau gesenkt. Die Monatspackung zu 40 mg liegt auf Basis KVP jetzt im Bereich von € 4,50 bis € 4,85 und für 20 mg bei € 2,20 bis € 2,35. Damit zahlen Patienten, die nicht rezeptgebührenbefreit sind für die Monatspackung zu 20 mg mit € 3,20 bis € 3,40 deutlich weniger als die Rezeptgebühr von € 5,70. Pantoprazol „Merck“ und Pantoprazol „Arcana“ wurden nicht preisgesenkt und sind damit (bald) nicht mehr erstattungsfähig. Die (preisgesenkten) Pantoprazol-Präparate kosten ab sofort deutlich weniger als alle anderen PPI. Sie sind daher mit Hinweis auf die medizinische Vergleichbarkeit der PPI aus wirtschaftlichen Gründen bevorzugt zu rezeptieren.