

im blickpunkt **tipps**

INFORMATION FÜR VERTRAGSPARTNER

**Neu
im
EKO**

**Sammelband
August, September und
Oktober 2014**

B  K

Burgenländische
Gebietskrankenkasse

Inhalt

Änderungen im Erstattungskodex ab Oktober 2014	Seite 3
Änderungen im Erstattungskodex ab September 2014	Seite 7
Änderungen im Erstattungskodex ab August 2014	Seite 11

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Änderungen im EKO hatten auch in den Monaten August bis Oktober den schon üblichen Schwerpunkt:

- Zwei Substanzen, Escitalopram und Zoledronat 5mg wurden erstmalig generisch verfügbar.
- Zu zahlreichen Substanzen wurden weitere Nachfolgepräparate mit zum Teil großem Preisvorteil gegenüber dem Erstanbieter aufgenommen.
- Zwei Substanzen, Macitentan und Afatinib, mit Monatstherapiekosten von über 2.000 Euro wurden neu aufgenommen.

Die Argumentation der SV-Träger ist daher: Die bevorzugte Verordnung der kostengünstigen Alternativen, insbesondere Generika, schafft den finanziellen Freiraum, um Therapien mit Jahrestherapiekosten von über 10.000 Euro finanzieren zu können. Seit Jahresbeginn haben die SV-Träger bereits deutlich über 20 Millionen Euro für das Hepatitis C Medikament Sofosbuvir investiert. Umso wichtiger ist daher die Generikaverordnung dort, wo sie mit einem relevanten Kostenvorteil verbunden ist.

Mit freundlichen Grüßen

DI Berthold Reichardt

Impressum

Kontaktadresse:
Dr. Werner Krischka
Chefärztlicher Dienst der Burgenländischen Gebietskrankenkasse
Telefon: 02682/608, Kl. 1050
E-Mail: werner.krischka@bgkk.at

DI Berthold Reichardt, Behandlungsökonomie
Telefon: 02682/608 Kl. 1405, E-Mail: berthold.reichardt@bgkk.at

Druck:
Wiener Gebietskrankenkasse
1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Satz- und Druckfehler vorbehalten

Bildquelle: Bilderbox und WGKK

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der BGKK gestattet

Offenlegung (§ 25 Mediengesetz):

Medieninhaber ist die Wiener Gebietskrankenkasse
1100 Wien, Wienerbergstraße 15–19

Grundlegende Richtung des periodischen Mediums:
Fach- und Informationsblatt für die Vertragsärzte
der Burgenländischen Gebietskrankenkasse

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2014

Informationsstand Oktober 2014

ROT

→

GRÜN

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BB09 Gliclazid					
Gliclazid „Genericon“ 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	(2)	1,80	0,40
	120 Stk.	-	-	7,20	2,00
Mit Gliclazid „Genericon“ steht ein weiteres Präparat mit dem Wirkstoff Gliclazid zur Verfügung.					
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel „Accord“ 75 mg Filmtabl.	7 Stk.	-	-	3,95	1,60
	30 Stk.	-	(2)	16,20	5,73
IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist					
Seit Jahren steigen die Verordnungszahlen der Clopidogrel-Präparate, wobei heuer ein Verordnungsanstieg von + 4 % erwartet wird. Clopidogrel Accord ist das 16. Clopidogrel-Präparat im EKO und Plavix ist nach wie vor das mit Abstand teuerste.					
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DA07 Telmisartan und Diuretika					
Telmisartan/HCT „Sandoz“ 40 mg/12,5 mg überzogene Tabl.	30 Stk.	-	(2)	8,00	9,18
80 mg/12,5 mg überzogene Tabl.	30 Stk.	-	(2)	8,00	11,88
80 mg/25 mg überzogene Tabl.	30 Stk.	-	(2)	8,00	11,88
Telmisartan/HCT „Stada“ 40 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	7,45	9,20
80 mg/12,5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	7,45	11,90
80 mg/25 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	7,45	11,90
Micardis kostet mehr als doppelt so viel wie die fünf verfügbaren Telmisartan Generika. Der Preisvorteil der Generika von Telmisartan ± HCT liegt derzeit im Bereich von mehreren Millionen Euro.					
G04 UROLOGIKA					
G04BD07 Tolterodin					
Tolterodin „Accord“ 1 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	(2)	3,65	3,89
	60 Stk.	-	-	10,65	7,31
2 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	(2)	3,65	3,89
	60 Stk.	-	-	10,65	7,31

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2014)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06AB10 Escitalopram					
Escitalopram „1A Pharma“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,75	5,75
	30 Stk.	-	-	8,25	8,55
10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,60	8,41
	30 Stk.	T2	-	13,45	10,85
20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T4	(2)	4,60	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 32,60 (Erstanbieter nicht im EKO)
	30 Stk.	T4	-	13,45	
Escitalopram „Krka“ 5 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	(2)	3,80	5,80
	30 Stk.	-	-	8,20	8,60
10 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	6,40	8,45
	30 Stk.	T2	-	13,40	10,89
20 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	6,40	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 32,60 (Erstanbieter nicht im EKO)
	30 Stk.	T2	-	13,40	
Escitalopram „ratiopharm“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,65	5,89
	30 Stk.	-	-	8,15	8,64
10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,50	8,55
	30 Stk.	T2	-	13,35	10,94
15 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,50	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T2	-	13,35	
20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,50	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 32,60 (Erstanbieter nicht im EKO)
	30 Stk.	T2	-	13,35	
Escitalopram „Sandoz“ 5 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	2,75	5,75
	30 Stk.	-	-	8,25	8,55
10 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	(2)	4,60	8,41
	30 Stk.	T2	-	13,45	10,85
15 mg Filmtabl.	10 Stk.	T3	(2)	4,60	Wirkstoffstärke beim Erst- anbieter nicht vorhanden
	30 Stk.	T3	-	13,45	
20 mg Filmtabl.	10 Stk.	T4	(2)	4,60	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 32,60 (Erstanbieter nicht im EKO)
	30 Stk.	T4	-	13,45	
Solatcit 5 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	(2)	3,85	5,75
	30 Stk.	-	-	8,25	8,55
10 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	6,45	8,40
	30 Stk.	T2	-	13,45	10,85
20 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	(2)	6,45	Packungsgröße beim Erst- anbieter nicht vorhanden 32,60 (Erstanbieter nicht im EKO)
	30 Stk.	T2	-	13,45	

Der Aufwand der SV-Träger für Ciprex-Präparate lag 2013 im Bereich von rund € 26 Mio. Das jährliche Einsparpotenzial durch die nunmehr verfügbaren Generika liegt daher auf Basis der aktuellen Preise bei über € 12 Mio.

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2014)

Aufnahme von Präperat in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C08 CALCIUMKANALBLOCKER				
C08GA02 Amlodipin und Diuretika				
Fludexam 1,5 mg/5 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	(2)	7,60
1,5 mg/10 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	-	(2)	7,60

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06DX01 Memantin						
RE2 L6	Memantin „Stada“ 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	T2	(2)	21,15	5,30
RE2 L6	20 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	(2)	33,75	8,20
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. - Memantin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate 						
RE2	5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)	28 Stk.	-	-	22,70	5,05
<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) kleiner bzw. gleich 14 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 Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. 						

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2014)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
C02 ANTIHYPERTONIKA					
C02KX04 Macitentan					
RE1 L3	Opsumit 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	2.453,80
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. Macitentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).					
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE					
J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung					
RE1	Intratect 100 g/l Inf.lsg.	50 ml	-	-	276,55
		100 ml	-	-	531,30
		200 ml	-	-	1.037,90
Eine Kostenübernahme ist im ausführlich begründeten Einzelfall möglich.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Agnukliman Tropf.	100 ml	G02CX04	01.10.2014
Diastabol 50 mg Tabl.	30 Stk. 120 Stk.	A10BF02	01.10.2014
Diastabol 100 mg Tabl.	30 Stk. 120 Stk.	A10BF02	01.10.2014

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D07 CORTICOSTEROIDE, DERMATOLOGISCHE ZUBEREITUNGEN				
D07AD01 Clobetasol				
Dermovate crinale Lsg.	30 ml	-	-	6,20
Streichung der 15 ml-Packung				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
H01 HYPOPHYSEN- UND HYPOTHALAMUSHORMONE UND ANALOGA					
H01AC01 Somatotropin					
RE1	Omnitrope 5 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk. 5 Stk.	-	-	123,00 592,45

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
RE1	10 mg/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk. 5 Stk.	-	-	220,00 1.161,00
<p>Kinder: Bei Minderwuchs durch unzureichende Wachstumshormonsekretion, Minderwuchs bei Turnersyndrom oder bei chronischer Niereninsuffizienz</p> <p>Erwachsene: Bei schwerwiegendem Wachstumshormondefizit (definiert als Wachstumshormon-Peak im Insulintoleranztest von weniger als 3 ng/ml):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fortsetzung der im Kindesalter begonnenen Behandlung nach Auslassversuch von zwei bis drei Monaten; nur bis zu einem Höchstausmaß der Erwachsenenknochenmasse im Alter von 25 bis 35 Jahren. – In Folge einer Erkrankung der hypothalamo-hypophysären Achse und wenn eine Ersatztherapie mit anderen Hypophysenhormonen, für die ein Mangel besteht, stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. <p>Diagnosestellung und regelmäßige Kontrollen in entsprechender Fachabteilung bzw. -ambulanz. Aufnahme weiterer Packungsgrößen in anderer Packungsform – mit Nadelschutz. Der dazugehörige Pen wird von der Anbieterfirma zur Verfügung gestellt.</p>					

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab September 2014

Informationsstand September 2014

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA07 Telmisartan					
Tolura 20 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	3,95	Wirkstoffstärke beim Erst-anbieter nicht vorhanden
40 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	8,45	8,76
80 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	8,45	11,46
Tolura ist ein weiterer Nachfolger zu Micardis. Die ökonomischen Alternativen haben einen Preisvorteil von über 50 %.					
C09DA06 Candesartan und Diuretika					
Candesartan/HCT „Actavis“ 32 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	6,65	2,54
32 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	T2	(2)	6,65	2,54
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA08 Zoledronsäure					
Zerlinda 4 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	-	(2)	127,75	3,70
<i>IND: Knochenprozesse neoplastischer Genese</i>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Zoledronsäure „Sandoz“ 5 mg/100 ml Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	139,80	98,40
<i>IND: PatientInnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma. Bei M. Paget des Skeletts: Erstverordnung und Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung</i>					
Zoledronsäure „Teva Pharma“ 5 mg Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	139,80	98,40
<i>IND: PatientInnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma. Bei M. Paget des Skeletts: Erstverordnung und Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung</i>					
Kostengünstige Nachfolgepräparate zu Aclasta stehen sowohl von der Tochterfirma des Aclasta-Anbieters Novartis, als auch von Teva Pharma zur Verfügung. Bei einem Therapieintervall von 1 Jahr und der Applikation durch den Arzt sollte nicht mit Complianceproblemen zu rechnen sein. Das Einsparpotenzial von 1,5 Mio. pro Jahr sollte daher problemlos zu realisieren sein.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AX12 Aripiprazol				
Abilify Maintena 300 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj. susp.	1 Stk.	-	-	283,65
400 mg Plv. und Lsgm. zur Herst. einer Depot-Inj. susp.	1 Stk.	-	-	346,15
<i>IND: Verwendung laut Fachinformation, wenn eine perorale Therapie nicht angezeigt oder zweckmäßig ist</i>				

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BX11 Canagliflozin					
RE1 L6	Invokana 100 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	19,10
		30 Stk.	-	-	54,30

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2014)

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 Canagliflozin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> 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 als Kombinationstherapie mit Metformin und/oder einem Sulfonylharnstoff oder als Kombinationstherapie mit Insulin mit oder ohne Metformin oder als Kombinationstherapie mit Metformin und Pioglitazon zu erfolgen. - Canagliflozin wird in Kombination mit DPP-IV-Hemmern oder Gliniden nicht erstattet. - Kein Einsatz bei einer Kreatinin-Clearance kleiner 45ml/min. - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Canagliflozin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AX12 Dolutegravir					
RE1	Tivicay 50 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	664,70
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei therapienaiven oder mit antiretroviraler Therapie (ART) vorbehandelten, HIV-1-infizierten PatientInnen ab 12 Jahren, mit oder ohne Integrase-Inhibitor-Resistenzen. Die Therapieeinleitung und regelmäßige -kontrollen sind von einem Arzt/einer Ärztin, der/die Erfahrung in der Behandlung der HIV-Infektion besitzt, durchzuführen.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AB06 Golimumab					
RE1	Simponi 100 mg Inj.Isg. in Fertigspritze	1 Stk.	-	-	987,70
RE1	100 mg Inj.Isg. in vorgefülltem Injektor	1 Stk.	-	-	987,70
<ol style="list-style-type: none"> Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht, bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying antirheumatic drugs), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht, bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying antirheumatic drugs) inklusive Methotrexat und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen über 100 kg Körpergewicht mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern, bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten und wenn mit der 50 mg-Wirkstoffstärke nach 3 oder 4 Dosen kein ausreichendes klinisches Ansprechen erzielt werden konnte. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen <ul style="list-style-type: none"> mit einem Körpergewicht unter 80 kg zur Initialtherapie mit einem Körpergewicht ab 80 kg zur Initial- und Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 bis 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Betnovate Lotion	20 ml	D07AC01	01.09.2014
Solcoseryl Augengel	5 g	S01XA	01.09.2014

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX14 Levetiracetam				
Levetiracetam „Stada“ 500 mg Filmtabl.	60 Stk.	T2	-	23,75
	100 Stk.	T2	-	32,40
1000 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	42,50
	100 Stk.	-	-	52,90
Frei verschreibbar für FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie				
Jeweils Aufnahme einer Packungsgröße zu 60 Stk.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01XE15 Vemurafenib				
RE1 Zelboraf 240 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	2.107,85
Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen mit BRAF V600 Mutation positivem (nicht resezierbaren oder metastasierten) Melanom. Nachweis einer positiven BRAF V600 Mutation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, gegebenenfalls Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/ eine Fachärztin; sowie regelmäßige EKG-Kontrollen.				
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB06 Golimumab				
RE1 Simponi 50 mg Inj.lsg. in vorgefülltem Injektor	1 Stk.	-	-	987,70
RE1 50 mg Inj.lsg. in vorgefülltem Injektor	1 Stk.	-	-	987,70
1. Mittelschwere bis schwere aktive rheumatoide Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drugs), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht worden sein muss. Die Anwendung von Golimumab soll in Kombination mit Methotrexat erfolgen. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>3. Schwere aktive ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) erwachsener PatientInnen mit schwerer Wirbelsäulensymptomatik und erhöhten Entzündungsparametern bei Versagen konventioneller Therapiemöglichkeiten. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach Rheumatologie oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden.</p> <p>4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen unter 80 kg Körpergewicht zur Erhaltungstherapie bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation der konventionellen Therapien. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Additivfach für Gastroenterologie.</p> <p>Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 12 bis 14 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Simponi erweitert das Armarium der Biologika bei Colitis ulcerosa.</p>				

Rückblickend: Änderungen im Erstattungskodex ab August 2014

Informationsstand August 2014

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL					
B01AC04 Clopidogrel					
Clopidogrel „Teva“ 75 mg Filmtabl.	14 Stk. 30 Stk.	- -	- (2)	8,05 16,55	1,53 5,40
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>					
<p>Clopidogrel Teva ist das 15. Clopidogrel-Präparat, das in den EKO aufgenommen wird. Die breite Palette ist daher eine Herausforderung für die verordnende Ärztin/den verordnenden Arzt und die Apotheke/Hausapotheke. Hier kann ein Blick auf die Preisliste helfen. Die kostengünstigsten Präparate mit einem Kassenpreis von unter € 17,-- im August 2014 sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Clopidogrel „Teva“ 75 mg Filmtabl. 30 Stk. ➤ Clopidogrel „Stada“ 75 mg Filmtabl. 30 Stk. ➤ Clopidogrel „+pharma“ 75 mg Filmtabl. 30 Stk. ➤ Clopidogrel „G.L.“ 75 mg Filmtabl. 30 Stk. ➤ Clopidogrel „Ranbaxy“ 75 mg Filmtabl. 30 Stk. 					

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2014)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<p>und das teuerste mit € 20,85 heißt Plavix 75 mg Filmtabl. 28 Stk. Zusätzlich werden von den meisten Präparaten auch Dreimonatspackungen angeboten. Mit einem Kassenpreis von unter € 15,-- pro Monatsbedarf sind verfügbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Clopidogrel „Teva“ 75 mg Filmtabl. 90 Stk. ➤ Clopidogrel „Stada“ 75 mg Filmtabl. 90 Stk. ➤ Clopidogrel „+pharma“ 75 mg Filmtabl. 90 Stk. ➤ Clopidogrel „Ranbaxy“ 75 mg Filmtabl. 90 Stk. ➤ Clopidogrel „Ratiopharm“ 75 mg Filmtabl. 90 Stk. ➤ Clopidogrel „G.L.“ 75 mg Filmtabl. 90 Stk. ➤ Clopidogrel „1A Pharma“ 75 mg Filmtabl. 90 Stk. ➤ Clopidogrel „Accord“ 75 mg Filmtabl. 100 Stk. ➤ Clopidogrel „Actavis“ 75 mg Filmtabl. 100 Stk. ➤ Clopidogrel „Krka“ 75 mg Filmtabl. 90 Stk. <p>Die Dreimonatspackungen dürfen lt. Vorgaben des Gesetzgebers nicht in den EKO aufgenommen werden. Allgemein gilt, dass bei chronischen Erkrankungen und gesicherter Compliance bei gegebener Wirtschaftlichkeit die SV-Träger die Kosten für Dreimonatspackungen übernehmen.</p>					
N04 ANTIPARKINSONMITTEL					
N04BC05 Pramipexol					
Oprymea 0,26 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	6,90	3,85
0,52 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	11,20	6,45
	30 Stk.	-	-	31,85	17,45
1,05 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	18,40	9,90
	30 Stk.	-	-	52,00	25,70
2,1 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	29,85	15,95
	30 Stk.	-	-	81,85	42,60
Bei Oprymea handelt es sich um das dritte retardierte Pramipexol-Präparat mit hohem Einsparungspotenzial gegenüber Sifrol.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AK10 Vilanterol und Fluticason furoat				
Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg einzeldosiertes Piv. zur Inhalation	30 Stk.	-	-	41,65
<i>IND: Mittelschweres bis schweres Asthma bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren. Erwachsene mit COPD mit einem FEV1 kleiner 70 % des Normwertes und wiederholten Exazerbationen (mehr als 1x pro Jahr).</i>				
S01 OPHTHALMIKA				
S01BC03 Diclofenac				
Voltaren Ophtha Abak 1 mg/ml Augentropf.	10 ml	-	-	8,15
Das patentierte ABAK-System schützt durch eine antibakterielle Filtermembran (0,2 µm) vor mikrobieller Kontamination und ist frei von Konservierungsmitteln. Da Voltaren Ophtha Abak vom gleichen Anbieter wie Voltaren Ophtha ist, die gleiche Konzentration enthält, aber die Hälfte kostet, sollte es aus der Perspektive der SV-Träger die wesentlich teureren Voltaren Ophtha Augentropfen komplett ersetzen.				

* Vergleich zum Erstanbieterpräparat in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 2014)

ROT

GELB
Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BD15 Metformin und Dapagliflozin					
RE1 L6	Xigduo 5 mg/850 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	47,70
RE1 L6	5 mg/1000 mg Filmtabl.	56 Stk.	-	-	47,70
<p>Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Behandlung darf erst ab einem HbA1c größer 7 begonnen werden. - Die Behandlung mit Dapagliflozin/Metformin hat nur als Second-line-Therapie <ul style="list-style-type: none"> • nach Metformin-Monotherapie oder • als Kombinationstherapie mit Sulfonylharnstoffen oder • als Kombinationstherapie mit Insulin zu erfolgen. - Dapagliflozin/Metformin wird in Kombination mit Pioglitazon, Gliniden oder DPP-4-Hemmern nicht erstattet. - 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). - Regelmäßige Kontrollen der Nierenfunktionsparameter gemäß Fachinformation. - Alle 6 Monate ist eine HbA1c-Bestimmung durchzuführen. - Dapagliflozin/Metformin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XE13 Afatinib					
RE1	Giotrif 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	2.031,05
RE1	30 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	2.031,05
RE1	40 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	2.031,05
RE1	50 mg Filmtabl.	28 Stk.	-	-	2.031,05
<p>Bei Epidermal Growth Factor Receptor-Tyrosinkinase-Inhibitor (EGFR-TKI)-naiven erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasierendem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen der EGFR-TK. Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-TK mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilungen bzw. Zentren, gegebenenfalls Tumorboard sowie regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen bzw. Zentren bzw. durch einen onkologisch spezialisierten Facharzt/eine Fachärztin.</p> <p>Der ErbB-Rezeptor-Tyrosinkinase-Inhibitor Afatinib ist eine weitere Behandlungsoption für erwachsene PatientInnen mit NSCLC und EGFR-Mutation. Die Zulassung erfolgte auf Basis der LUX-Lung 3-Studie, der zufolge das progressionsfreie Überleben mit Afatinib 11,1 Monate vs. 6,9 Monate mit konventioneller Therapie (Cisplatin plus Pemetrexed) betrug. In Deutschland wird das Präparat moderat positiv bewertet (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1983/2014-05-08_AM-RL-XII_Afatinib_2013-11-15-D-082.pdf, Zugriff am 9.7.2014). Es wirkt analog zu Iressa und Tarceva, wobei direkte Vergleichsstudien noch erwartet werden.</p>					
V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL					
V03AE06 Colestilan					
RE1	BindRen 1 g Filmtabl.	198 Stk.	-	-	161,65

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	2 g Gran.	90 Stk.	-	-	147,05
RE1	3 g Gran.	90 Stk.	-	-	212,70

Hyperphosphatämie bei erwachsenen DialysepatientInnen ab 18 Jahren, wenn Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (ATC-Code V03AE ausgenommen V03AE01) aufgrund von Kontraindikationen, insbesondere Calcifizierung und Hypercalcämie, nicht angewendet werden können.

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Anastrozol „Ranbaxy“ 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	L02BG03	01.08.2014
Binocrit 2.000 IE/1,0 ml Inj.lsg. in Fertigspr.	6 Stk.	B03XA01	01.08.2014
DHE „ratiopharm“ 5 mg Kaps.	20 Stk.	C04AE	01.08.2014
Dominal forte 40 mg Amp.	5 Stk.	N05AX07	01.08.2014
Donepezil „Sandoz“ 5 mg Schmelzfilm	10 Stk. 30 Stk.	N06DA02	01.08.2014
Donepezil „Sandoz“ 10 mg Schmelzfilm	30 Stk.	N06DA02	01.08.2014
Estramon 25 mcg/24 h Depot-Pflaster	6 Stk.	G03CA03	01.08.2014
Estramon 100 mcg/24 h Depot-Pflaster	6 Stk.	G03CA03	01.08.2014
Fluvastatin „Genericon“ 80 mg Retardtabl.	30 Stk.	C10AA04	01.08.2014
Gabitril 5 mg Filmtabl.	50 Stk. 100 Stk.	N03AG06	01.08.2014
Gabitril 10 mg Filmtabl.	100 Stk.	N03AG06	01.08.2014
Rheutrop Kaps.	10 Stk.	M01AB11	01.08.2014
Risperidon „Sandoz“ 1 mg Schmelzfilm	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.08.2014
Risperidon „Sandoz“ 2 mg Schmelzfilm	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.08.2014
Sali Aldopur forte Drag.	20 Stk. 30 Stk.	C03EA13	01.08.2014
Zaditen konservierungsmittelfreie 0,025 % Augentropf. im Einzeldosisbehältnis	20 Stk.	S01GX08	01.08.2014

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01BC06 Capecitabin				
Xeloda 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	-	-	31,65
500 mg Filmtabl.	120 Stk.	-	-	176,05
frei verschreibbar				
Sieben Capecitabin-Generika mit einem Kassenpreis ab € 98,75 für die Packung zu 500 mg und 120 Stk. sind bereits im Grünen Bereich gelistet. Speziell für Erstverordner: Im Vergleich zu Capecitabin „Fresenius Kabi“ 500 mg Filmtabletten mit einem Kassenpreis von € 98,75 kostet Xeloda um 44 % mehr.				

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09CA03 Valsartan				
Valsartan „Actavis“ 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	(2)	9,35
Streichung der 14 Stk.-Packung				
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BB01 Amantadin				
Hofcomant Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	3,90
Streichung der 100 Stk.-Packung				

Änderung des ATC-Codes im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R05 HUSTEN- UND ERKÄLTUNGSPRÄPARATE				
R05CB Mukolytika				
Tavipec Kaps. (vorher ATC-Code R05CA)	30 Stk.	-	-	2,40

