

## Wirkstoffgruppe: Rhinologika mit Corticoiden (ATC-Code: R01AD)

### Ziel 20: Mindestanteil Generika und Rabattvertragsarzneimittel am Gesamtmarkt

#### Erläuterung

Im Ziel der Rhinologika mit Corticoiden werden folgende Wirkstoffe erfasst: Beclometason, Budesonid, Dexamethason, Flunisolid, Fluticason, Mometason und Triamcinolon, sowie ggf. deren Kombinationen.

Die meisten Wirkstoffe dieser Gruppe sind generisch verfügbar. Nur Flunisolid (Syntaris®) und Fluticasonfuroat (Avamys®) sind ausschließlich als Original-Präparate im Handel.

#### Hinweis

Der Großteil der Substanzen (Beclometason, Budesonid, Flunisolid, Fluticason und Mometason) zeigt neben einer zuverlässigen lokalen Wirkung kaum bzw. keine systemischen unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Bei der Anwendung von Dexamethason muss dagegen, auch schon in geringen Dosen, mit systemischen Nebenwirkungen gerechnet werden.

Fluticason- und Mometason- haltige Nasensprays sind mit Wirkung zum 01.10.2016 in bestimmten Grenzen aus der Verschreibungspflicht entlassen worden (Änderung der Anlage 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung – AMVV) und folgen den bereits zuvor rezeptfrei erhältlichen Beclometason-Produkten.

Diese Veränderung beeinflusst die Verordnungsfähigkeit zulasten der gesetzlichen Kassen. Die Arzneimittelrichtlinie sieht vor, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel vorrangig zur Behandlung gewählt werden sollen, wenn diese zur Behandlung einer Erkrankung des Patienten medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind nur zu wählen, wenn diese einen medizinischen Vorteil mit sich bringen.

## Beispiele

<p><b>Verschreibungspflichtige Präparate</b></p> <p>Bsp: MomeGalen® Mometaxonal® Budes® Aquacort® Aphiasone® BECLOMET nasal® Flutide nasal® Flutica Teva®</p>	<p><b>Nicht zulasten der GKV ordnungsfähig</b> gemäß der zugelassenen Anwendungsgebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Anwendung bei Erwachsenen zur symptomatischen Behandlung der saisonalen, allergischen Rhinitis</li> <li>• nach der Erstdiagnose einer saisonalen allergischen Rhinitis</li> </ul> <hr/> <p><b>Zulasten der GKV ordnungsfähig</b> gemäß der zugelassenen Anwendungsgebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Anwendung bei Kindern (ab 3 Jahren) und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag zur symptomatischen Behandlung einer saisonalen allergischen Rhinitis</li> <li>• für Kinder und Erwachsene zur Behandlung einer perennialen Rhinitis</li> <li>• zur Behandlung einer Polyposis nasi bei Patienten ab 18 Jahren</li> </ul>
<p><b>Nicht verschreibungspflichtige Präparate</b></p> <p>Bsp: Mometaxonal Heuschnupfenspray® MOMEALLERG Nasenspray® RatioAllerg® OtriAllergie®</p>	<p><b>Zulasten der GKV ordnungsfähig</b> gemäß der Anlage I der AM-RL (OTC-Liste): <u>Nur</u> zur Behandlung bei persistierender allergischer Rhinitis mit schwerwiegender Symptomatik*</p>

\*Eine schwerwiegende Symptomatik liegt vor, wenn:

- Symptome, an mindestens 4 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens 4 Wochen auftreten
- und
- Symptome (Rhinorrhoe u.a.) die Lebensqualität bspw aufgrund von Schlafstörungen und Beschränkungen der Arbeitsfähigkeit oder alltäglicher Aktivitäten erheblich beeinträchtigen