

Nr. 3 / März 2020

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2020

### Informationsstand März 2020

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BG03 Anastrozol</b>					
Anastrozol "1A Pharma" 1 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	21,90	6,80
Es handelt sich um ein weiteres Anastrozol-Generikum. Von diesem sind OP III frei verschreibbar.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02CD03 Fremanezumab</b>				
Ajovy 225 mg Inj.lsg. Fertigspr. <b>PM</b>	1 Stk.	-	-	440,10
<p><b>IND:</b> Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können.</p> <p>Die Migräneprophylaxe mit Fremanezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Fremanezumab) fortzuführen.</p> <p>Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Fremanezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle.</p> <p>Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet am 31.12.2022.</p>				
Ajovy ist nach Emgality ein weiterer CGRP-Inhibitor.				
<b>S02 OTOLOGIKA</b>				
<b>S02CA05 Fluocinolonacetonid und Antiinfektiva</b>				
InfectoCiproCort 3 mg/ml + 0,25 mg/ml Ohrentropf.	10 ml	-	-	9,60

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: März 2020)  
 PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>IND:</b> Bei Erwachsenen und Kindern ab 6 Monaten mit - akuter Otitis externa (AOE) und vermuteter Trommelfellperforation oder - akuter Otitis media und Paukenröhrchen (AOMT).				

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>M04 GICHTMITTEL</b>						
<b>M04AA03 Febuxostat</b>						
RE1	<b>Febuxostat "Aristo" 80 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	6,40	<b>0,00</b>
L6		28 Stk.	-	-	12,50	<b>0,00</b>
RE1	<b>120 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	6,40	<b>0,00</b>
L6		28 Stk.	-	-	12,50	<b>0,00</b>
Bei chronischer Hyperurikämie mit Uratablagerungen (einschließlich eines aus der Krankengeschichte bekannten oder aktuell vorliegenden Gichtknotens und/oder einer Gichtarthritis), wenn eine Intoleranz/Kontraindikation gegen die Therapiealternativen aus dem Grünen Bereich (M04AA) besteht oder trotz ausreichender Dosierung die Harnsäurewerte nicht unter 6 mg/dl gesenkt werden können. Kontrolle der Harnsäurewerte alle 3 Monate. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen (Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl). Nach dauerhafter Senkung des Harnsäurespiegels unter 6 mg/dl über einen Zeitraum von zumindest einem Jahr kann die Therapie unter der Voraussetzung von halbjährlichen Kontrollen der Harnsäurewerte abgesetzt werden. Febuxostat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).						

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>					
<b>J05AR25 Lamivudin und Dolutegravir</b>					
RE1	<b>Dovato 50 mg/300 mg Filmtabl. (PM)</b>	30 Stk.	-	-	<b>682,50</b>
L6					
Zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit mindestens 40 kg Körpergewicht, bei denen keine Resistenz gegen Integrase-Inhibitoren oder Lamivudin nachgewiesen wurde. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung. Dolutegravir/Lamivudin eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>					
<b>R03DX10 Benralizumab</b>					
RE1	<b>Fasenra 30 mg Inj.lsg. Fertipgen (PM)</b>	1 Stk.	-	-	<b>2.310,45</b>
L6					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>– Als Zusatztherapie bei Erwachsenen mit schwerem refraktärem eosinophilem Asthma mit Bluteosinophilen-Werten von 300 Zellen pro Mikroliter oder mehr in den letzten 12 Monaten UND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wenn trotz täglicher Therapie mit maximal hoch dosierten inhalativen Corticosteroiden und einem lang wirkenden inhalativen Beta2-Agonisten und/oder Leukotrienrezeptor-Antagonisten und/oder Theophyllin in den letzten 12 Monaten UND</li> <li>• wenn trotz einer Therapie mit systemischen Corticosteroiden für mindestens 6 Monate in den letzten 12 Monaten</li> </ul> <p>– vier oder mehr schwere Asthma-Exazerbationen in den letzten 12 Monaten auftraten, die entweder die Gabe oder eine deutliche Dosissteigerung von systemischen Corticosteroiden über mehr als drei Tage erforderten ODER</p> <p>– mindestens eine schwerwiegende Exazerbation mit stationärer Spitalsbehandlung in den letzten 12 Monaten auftrat.</p> <p>Nicht in Kombination mit anderen monoklonalen Antikörpern zur Behandlung des schweren Asthmas. Erstinstellung und Weiterverordnung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Pulmologie. Überprüfung der Wirksamkeit und Dokumentation alle 6 Monate anhand der Anzahl an schweren und schwerwiegenden Asthma-Exazerbationen (Definition siehe oben) in den letzten 12 Monaten. Die Therapie ist nur fortzuführen bei einer Reduktion der Anzahl an Asthma-Exazerbationen ODER bei einer gleichbleibenden Anzahl an Asthma-Exazerbationen in Verbindung mit einer deutlichen Dosisreduktion systemischer Corticosteroide im Vergleich zur Ausgangsdosis. Benralizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>				

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Amlodipin "Hexal" 7,5 mg Tabl.	30 Stk.	C08CA01	01.03.2020
Axura 10 mg Filmtabl.	28 Stk.	N06DX01	01.03.2020
Axura 20 mg Filmtabl.	28 Stk.	N06DX01	01.03.2020
Axura 5, 10, 15, 20 mg Filmtabl. (Starterpackung)	28 Stk.	N06DX01	01.03.2020
Es stehen zahlreiche wirkstoffgleiche Alternativen zu Axura im EKO.			
Cec "Sandoz" 500 mg Filmtabl.	12 Stk.	J01DC04	01.03.2020
Decapeptyl Depot Retardmikrokaps. u. Susp.mittel in Einmalspr.	1 Stk.	L02AE04	01.03.2020
Diproforte Gel	15 g 30 g	D07AC01	01.03.2020
Epclusa 400 mg/100 mg Filmtabl.	28 Stk.	J05AP55	01.03.2020
Fluconazol "ratiopharm" 100 mg Kaps.	7 Stk.	J02AC01	01.03.2020
Glucobay 50 mg Tabl.	21 Stk. 120 Stk.	A10BF01	01.03.2020
Inegy 10 mg/20 mg Tabl.	30 Stk.	C10BA02	01.03.2020

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Es stehen zahlreiche wirkstoffgleiche Alternativen zu Inegy im EKO.			
Lercanidipin "Sandoz" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C08CA13	01.03.2020
Lisinopril "Arcana" 20 mg Tabl.	28 Stk.	C09AA03	01.03.2020
Lisinopril "Sandoz" 5 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA03	01.03.2020
Lisinopril "Sandoz" 10 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA03	01.03.2020
Lisinopril "Sandoz" 20 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA03	01.03.2020
Lisinopril/HCT "Sandoz" 20 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	C09BA03	01.03.2020
Picato 150 mcg/g Gel	3 Stk.	D06BX02	01.03.2020
Picato 500 mcg/g Gel	2 Stk.	D06BX02	01.03.2020
Ramipril "Genericon" 10 mg Kaps.	30 Stk.	C09AA05	01.03.2020
Repaglinid "Sandoz" 2 mg Tabl.	90 Stk.	A10BX02	01.03.2020
Risedronat "Stada" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Meda" Kautabl. 56 St.	4 Stk.	M05BA07	01.03.2020

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA, EXKL. INSULINE</b>				
<b>A10BB07 Glipizid</b>				
Minidiab 5 mg Tabl.	120 Stk.	T2	-	<b>21,90</b>
Streichung der 30 Stk.-Pkg.				
<b>A10BX02 Repaglinid</b>				
Repaglinid "Sandoz" 0,5 mg Tabl..	30 Stk.	-	-	<b>0,90</b>
Streichung der 90 Stk.-Pkg.				
<b>J04 MITTEL GEGEN MYKOBAKTERIEN</b>				
<b>J04AK01 Pyrazinamid</b>				
Pyrafat 500 mgTabl.	50 Stk.	T2	-	<b>18,35</b>
	100 Stk.	T2	(2)	<b>35,30</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Aufnahme einer zusätzlichen Packungsgröße zu 100 Stk. Es entfällt die Möglichkeit der Verschreibung von OP 2 für die 50 St.-Packung				
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>				
<b>L01AX03 Temozolomid</b>				
<b>Temodal 140 mg Hartkaps. in Btl.</b>	5 Stk.	-	-	<b>219,85</b>
Streichung der 20 Stk.-Pkg.				
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02CC01 Sumatriptan</b>				
<b>Sumatriptan "Hexal" 100 mg Tabl.</b>	2 Stk.	T2	(2)	<b>3,05</b>
<i>IND: Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin</i>				
Streichung der 6 Stk.-Pkg.				
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>				
<b>N06AX16 Venlafaxin</b>				
<b>Venlafaxin "Sandoz" 50 mg Tabl.</b>	30 Stk.	T2	-	<b>4,70</b>
Streichung der 60 Stk.-Pkg.				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>				
<b>L01XE02 Gefitinib</b>				
RE1   <b>Iressa 250 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	-	<b>1.731,70</b>
Bei erwachsenen PatientInnen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) mit aktivierenden Mutationen der EGFR-TK (epidermal growth factor receptor-tyrosine kinase). Nachweis einer aktivierenden Mutation der EGFR-TK mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch eine/n onkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.				