

Nr. 7 / Juli 2020

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2020

Informationsstand Juli 2020

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

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung [†] |
|--|---------|---|-----|-------|---|
| A04 ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT | | | | | |
| A04AA01 Ondansetron | | | | | |
| Ondansetron "Bluefish" 4 mg Schmelztabl. | 10 Stk. | - | - | 26,35 | 3,75 |
| 8 mg Schmelztabl. | 10 Stk. | - | - | 41,70 | 3,30 |
| <i>IND: Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie</i> | | | | | |
| C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM | | | | | |
| C09DB01 Valsartan und Amlodipin | | | | | |
| Amlodipin/Valsartan "Actavis" 5 mg/80 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 8,40 | 12,41 |
| 5 mg/160 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 8,40 | 12,46 |
| 10 mg/160 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (3) | 8,40 | 12,46 |
| S01 OPHTHALMIKA | | | | | |
| S01ED51 Timolol, Kombinationen | | | | | |
| Akistan Duo 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. | 2,5 ml | - | (3) | 9,40 | 0,70 |
| Au | | | | | |

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---------|---|-----|--------------|
| C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN | | | | |
| C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib | | | | |
| Rosuvastatin/Ezetimib "ratiopharm" 10 mg/10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 10,30 |
| 20 mg/10 mg Tabl. | 30 Stk. | - | (3) | 10,30 |

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

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---------|---|-----|--------|
| H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | |
| H02AB07 Prednison | | | | |
| Rectodelt 100 mg Zäpf. | 6 Stk. | - | - | 16,70 |
| V01 ALLERGENE | | | | |
| V01AA05 Baumpollen | | | | |
| Itulazax 12 SQ-Bet Lyophilisat zum Einnehmen PM | 30 Stk. | - | (2) | 130,80 |
| A, D, L | | | | |
| Itulazax ist zur Behandlung einer mittelschweren bis schweren allergischen Rhinitis und/oder Konjunktivitis bei erwachsenen PatientInnen zugelassen, die durch Pollen von Bäumen der Birken-homologen Gruppe induziert wird: Birke, Erle, Hainbuche, Hasel, Eiche oder Buche. | | | | |

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|--------|---|----|-----------|
| N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM | | | | |
| N07XX15 Inotersen | | | | |
| RE1 Tegsedi 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. PM | 4 Stk. | - | - | 22.450,45 |
| Zur Behandlung von Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 bei erwachsenen PatientInnen mit hereditärer Transthyretin-Amyloidose (hATTR). Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert. Regelmäßige Kontrollen von Thrombozytenzahl und Nierenfunktion laut Fachinformation. Bei einem Abfall der Thrombozytenzahl unter 100 Giga/l (G/l) sollte die Dosierung gemäß Fachinformation angepasst werden. Die Behandlung ist abubrechen, wenn die Thrombozytenzahl unter 25 Giga/l (G/l) fällt. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2023. | | | | |
| Tegsedi ist in Bezug auf den Packungspreis aktuell das teuerste EKO-Präparat. Es wirkt als Gene-Silencer und ist ein Antisense-Oligonukleotid. Die Prävalenz der hATTR in Europa wird auf 5,2 Fälle pro 1 Million Einwohner geschätzt. | | | | |

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|--|--------------------|----------|----------------|
| Alendronsäure "Interpharm" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Viatris" Kautabl. 56 Stk. | 4 Stk. | M05BA04 | 01.07.2020 |
| Alendronsäure "Interpharm" 70 mg einmal wöchentlich Tabl. | 4 Stk. | M05BA04 | 01.07.2020 |
| Artamin 150 mg Kaps. | 50 Stk. | M01CC01 | 01.07.2020 |
| Citalopram "Bluefish" 10 mg Filmtabl. | 20 Stk. 28 Stk. | N06AB04 | 01.07.2020 |

| Präparat | Menge | ATC-Code | Streichung mit |
|--|---------------------|----------|----------------|
| Citalopram "Bluefish" 20 mg Filmtabl. | 20 Stk. 28 Stk. | N06AB04 | 01.07.2020 |
| Clarithromycin "Actavis" 500 mg Retardtabl. | 7 Stk. | J01FA09 | 01.07.2020 |
| Dibenzoyran 5 mg Kaps. | 20 Stk. 100 Stk. | C04AX02 | 01.07.2020 |
| Gliclazid "Genericon" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung | 30 Stk. 120 Stk. | A10BB09 | 01.07.2020 |
| Lovastatin "Alternova" 20 mg Tabl. | 30 Stk. | C10AA02 | 26.05.2020 |
| Parkemed Susp. z. oralen Anw. | 125 ml | M01AG01 | 01.07.2020 |
| Ramipril "Hexal" 1,25 mg Tabl. | 30 Stk. | C09AA05 | 01.07.2020 |
| Repaglinid "Sandoz" 1 mg Tabl. | 90 Stk. | A10BX02 | 01.07.2020 |
| Tolucombi 80 mg/25 mg Tabl. | 30 Stk. | C09DA07 | 01.07.2020 |
| Venlafaxin "Hexal" 50 mg Tabl. | 30 Stk. 60 Stk. | N06AX16 | 01.07.2020 |
| Venlafaxin "Sandoz" 50 mg Tabl. | 30 Stk. | N06AX16 | 01.07.2020 |
| Zalasta 10 mg Tabl. | 28 Stk. | N05AH03 | 01.07.2020 |
| Zalasta 15 mg Tabl. | 14 Stk. 28 Stk. | N05AH03 | 01.07.2020 |

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|-----|--------------|
| R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN | | | | |
| R03BB04 Tiotropiumbromid | | | | |
| Spiriva 18 mcg Kaps. mit Inh.plv. + Handihaler | 30 Stk. | - | - | 38,85 |
| mit Inh.plv. Nachfüllpackung | 30 Stk. | - | (3) | 38,85 |
| <i>IND: COPD ab GOLD 2 nach Erstverordnung durch PulmologInnen</i> | | | | |

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|-----|-------------|
| A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN | | | | |
| A02BC04 Rabeprazol | | | | |
| Rabeprazol "Krka" 20 mg magensaftresistente Tabl. | 10 Stk. | - | - | 6,75 |
| Streichung der 30 Stk.-Pkg. | | | | |
| A10 ANTIDIABETIKA | | | | |
| A10BA02 Metformin | | | | |
| Metformin "Stada" 850 mg Filmtabl. | 30 Stk. | - | (2) | 1,75 |
| Streichung der 100 Stk.-Pkg. | | | | |
| N03 ANTIEPILEPTIKA | | | | |

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|----------|---|-----|--------|
| N03AG01 Valproinsäure | | | | |
| Depakine Chronosphere 50 mg Retardgran. Btl. | 30 Stk. | - | (3) | 5,20 |
| 250 mg Retardgran. Btl. | 30 Stk. | - | (3) | 5,90 |
| 500 mg Retardgran. Btl. | 30 Stk. | - | (3) | 9,50 |
| F14 | | | | |
| Austausch der 50 Stk.-Pkg. auf eine 30 Stk.-Pkg. und Änderung auf OP 3 | | | | |
| N04 ANTIPARKINSONMITTEL | | | | |
| N04BX02 Entacapon | | | | |
| Comtan 200 mg Filmtabl. | 100 Stk. | - | - | 123,00 |
| Streichung der 30 Stk.-Pkg. | | | | |

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|---|---------|---|----|-----------|
| J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG | | | | |
| J05AP57 Glecaprevir und Pibrentasvir | | | | |
| RE1 Maviret 100 mg/40 mg Filmtabl. (PM) | 84 Stk. | - | - | 12.622,55 |
| <p>Bei erwachsenen PatientInnen ab 18 Jahren mit chronischer Hepatitis C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapie-naiv: für 8 Wochen. - Therapie-erfahren (nach Versagen von Peginterferon plus Ribavirin mit oder ohne Sofosbuvir oder nach Versagen von Ribavirin plus Sofosbuvir): <ul style="list-style-type: none"> • Genotyp 1,2,4,5,6: ohne Zirrhose für 8 Wochen, mit kompensierter Zirrhose für 12 Wochen. • Genotyp 3: für 16 Wochen. <p>Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen und HepatologInnen oder InfektiologInnen mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis C zu erfolgen. Die Liste der für die Verordnung in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hepatitis_c publiziert. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2021.</p> | | | | |
| L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL | | | | |
| L01XX50 Ixazomib | | | | |
| RE1 Ninlaro 2,3 mg Hartkaps. | 3 Stk. | - | - | 5.049,25 |
| RE1 3 mg Hartkaps. | 3 Stk. | - | - | 5.049,25 |
| RE1 4 mg Hartkaps. | 3 Stk. | - | - | 5.049,25 |
| <p>In Kombination mit Lenalidomid und Dexamethason bei erwachsenen PatientInnen mit rezidivierendem oder refraktärem multiplen Myelom, die zumindest eine Bortezomib-haltige Vortherapie erhalten haben. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch hämatonkologisch spezialisierte FachärztInnen. Die Aufnahme ist befristet bis 31.12.2022.</p> | | | | |

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

| Präparat | Menge | T | OP | KVP € |
|--|---------|---|-----|--------------|
| N05 PSYCHOLEPTIKA | | | | |
| N05AX12 Aripiprazol | | | | |
| Aripiprazol "Accord Healthcare" 10 mg Tabl. | 14 Stk. | - | - | 23,50 |
| <i>vormals Lemilvo 10 mg Tabl.</i> | 30 Stk. | - | (2) | 53,10 |
| Aripiprazol "Accord Healthcare" 15 mg Tabl. | 14 Stk. | - | - | 23,50 |
| <i>vormals Lemilvo 15 mg Tabl.</i> | 30 Stk. | - | (2) | 53,10 |
| Aripiprazol "Accord Healthcare" 30 mg Tabl. | 14 Stk. | - | - | 23,50 |
| <i>vormals Lemilvo 30 mg Tabl.</i> | 30 Stk. | - | (2) | 53,10 |