

Nr. 8 / August 2020

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab September 2020

Informationsstand September 2020

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09DA01 Losartan und Diuretika					
Losartan/HCT "1A Pharma" 50 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	4,05	4,27 Erstanbieter nicht im EKO
Losartan/HCT "1A Pharma" 100 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	4,05	4,67 Erstanbieter nicht im EKO

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09DB07 Candesartan und Amlodipin				
Candecam 8 mg/5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(3)	6,60
Candecam 16 mg/5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(3)	6,60
Candecam 16 mg/10 mg Tabl.	28 Stk.	-	(3)	6,60
Über 260.000 Packungen der Kombinationspräparate von Candesartan mit Amlodipin (CandAM und Candesartan/Amlodipin "Sandoz") wurden im ersten Halbjahr 2020 mit den SV-Trägern abgerechnet. Dies unterstreicht die hohe Akzeptanz dieser Substanzkombination.				

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: September 2020)

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

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AH05 Dupilumab					
RE1 L6	Dupilumab 200 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	1.183,15
RE1 L6	Dupilumab 200 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	1.183,15
<p>Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht < 60 kg mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticoide).</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch FachärztInnen für Dermatologie mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
RE1 L6	Dupilumab 300 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	-	-	1.183,15
<p>– Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 60 kg und Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticoide).</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch FachärztInnen für Dermatologie mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>– Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide.</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>Dupilumab 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
Alendronsäure "Sandoz" 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Sandoz" Brausetabl. 60 St.	4 Stk.	M05BA04	01.09.2020
Alprastad 1 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	N05BA12	01.09.2020
Amoxicillin/Clavulansäure "Krka" 500 mg/125 mg Filmtabl.	12 Stk.	J01CR02	01.09.2020
Asasantin retard Kaps.	30 Stk. 60 Stk.	B01AC30	01.09.2020
Atorvastatin "Sandoz" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.09.2020
Buprenocan 52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk. 8 Stk.	N02AE01	01.09.2020
Buprenocan 70 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	N02AE01	01.09.2020
Capecitabin "Stada" 150 mg Filmtabl.	60 Stk.	L01BC06	01.09.2020
Capecitabin "Stada" 500 mg Filmtabl.	120 Stk.	L01BC06	01.09.2020
Cefuroxim "Hexal" 500 mg Filmtabl.	14 Stk.	J01DC02	01.09.2020
CetirHexal 10 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk.	R06AE07	01.09.2020
Enalapril/Lercanidipin "Actavis" 20 mg/10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09BB02	01.09.2020
Ivorat 25.000 IE Anti-Xa/ml Inj.lsg. Fertigspr. (5.000 IE/0,2 ml)	6 Stk.	B01AB12	01.09.2020
Ivorat 25.000 IE Anti-Xa/ml Inj.lsg. Fertigspr. (7.500 IE/0,3 ml)	6 Stk.	B01AB12	01.09.2020
Ivorat 25.000 IE Anti-Xa/ml Inj.lsg. Fertigspr. (10.000 IE/0,4 ml)	6 Stk.	B01AB12	01.09.2020
Lasitace 5 mg/20 mg Kaps.	28 Stk.	C09BA05	01.09.2020
Lasitace 5 mg/40 mg Kaps.	28 Stk.	C09BA05	01.09.2020
Levofloxacin "Bluefish" 250 mg Filmtabl.	7 Stk.	J01MA12	01.09.2020
Olanzapin "Sandoz" 5 mg Schmelztabl.	7 Stk.	N05AH03	01.09.2020
Oprymeia 0,26 mg Retardtabl.	10 Stk.	N04BC05	01.09.2020
Ramipril "Sandoz" 1,25 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA05	01.09.2020
Sandostatin 1000 mcg/5 ml Inj.-/Inf.lsg.	1 Stk.	H01CB02	01.09.2020

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Zofran Zäpf.	5 Stk.	A04AA01	01.09.2020

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN				
A02BC03 Lansoprazol				
Lansohexal 30 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	11,10
Streichung der 7 Stk.-Pkg. und der 14 Stk.-Pkg.				
C05 VASOPROTEKTOREN				
C05AA04 Prednisolon				
Delta Hädensa Salbe	10 g	-	-	2,40
Streichung der 20 g-Pkg.				
D08 ANTISEPTIKA UND DESINFEKTIONSMITTEL				
D08AX53 Propanol, Kombinationen				
Isozid-H farblos alkohol. Lsg. z. Hautdesinfektion	100 ml	-	-	4,00
	500 ml	-	-	7,65
Streichung der 15 ml-Pkg.				
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01FA09 Clarithromycin				
Clarithromycin "Hexal" 500 mg Filmtabl.	7 Stk.	T2	-	3,95
Streichung der 14 Stk.-Pkg.				
J01GB03 Gentamicin				
Refobacin 80 mg Amp.	5 Stk.	-	-	24,95
Streichung der 1 Stk.-Pkg.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AA03 Hydromorphon				
Hydromorphon "Hexal" 8 mg Retardtabl.	10 Stk.	T2	(2)	5,85
SG				
Streichung der 30 Stk.-Pkg.				
N02AX02 Tramadol				
Tramadol retard 200 mg Tabl.	10 Stk.	-	(2)	5,40
	30 Stk.	-	-	15,50
Streichung der 60 Stk.-Pkg.				
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05AH03 Olanzapin				
Olanzapin "Sandoz" 10 mg Schmelztabl.	28 Stk.	-	(2)	40,40
Streichung der 7 Stk.-Pkg.				
N05AX08 Risperidon				
Risperidon "Hexal" 1 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	30 ml	-	(2)	15,20
Streichung der 100 ml-Pkg.				

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C01 HERZTHERAPIE				
C01BD07 Dronedaron				
Multaq 400 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	10,55
	60 Stk.	-	-	29,90
IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch InternistInnen				
Drei Monate nach Verfügbarkeit des ersten Generikums – Dronedaron "Aristo" – wird der Preis von Multaq angeglichen.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AH05 Dupilumab					
RE1 L6	Dupilixent 300 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	-	-	1.183,15
<p>– Bei Jugendlichen ab 12 Jahren mit einem Körpergewicht größer/gleich 60 kg und Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie und Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation immunmodulierender systemischer Therapie (ausgenommen Corticoide). Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch FachärztInnen für Dermatologie mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis.</p> <p>Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des IGA (Investigator Global Assessment) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>– Als Zusatztherapie zu intranasalen Corticosteroiden bei Erwachsenen mit schwerer rezidivierender chronischer Rhinosinusitis mit Nasenpolypen (CRSwNP) nach chirurgischer Behandlung UND Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation systemischer Corticosteroide.</p> <p>Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch FachärztInnen für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der CRSwNP. Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn innerhalb der ersten 6 Monate eine Verbesserung des NPS (Nasenpolypenscores) um mindestens 2 Punkte erzielt werden kann.</p> <p>Dupilumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
Die Regel der schon im EKO angeführten Fertigspritze wurde jetzt jener des neu aufgenommenen Pens angeglichen.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC05 Ustekinumab					
RE1	Stelara 90 mg Inj.lsg. Fertigspr.	1 Stk.	-	-	2.643,70
<p>1. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben.</p> <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch die Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p>					

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
	<p>2. Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis erwachsener PatientInnen mit einem Körpergewicht von über 100 kg bei Versagen von mindestens zwei DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) inklusive Methotrexat. Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei diesen PatientInnen sich auch 45 mg Ustekinumab als wirksam erwiesen haben. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Die Entscheidung über eine Behandlungsverlängerung nach 28 Wochen muss durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden, erfolgen. Die Behandlung mit Ustekinumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die auf die Therapie angesprochen haben.</p> <p>3. Schweregradiger aktiver Morbus Crohn erwachsener PatientInnen nach Versagen der konventionellen Therapien und mindestens eines Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.</p> <p>4. Mittelschwere bis schwere aktive Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen nach Versagen der konventionellen Therapien und mindestens eines Biologikums oder wenn diese nicht vertragen werden.</p> <p>5. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen. Keine Fortsetzung der Behandlung der PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nach der intravenösen Induktionsdosis nicht klinisch ansprechen.</p>				
RE1	Stelara 130 mg Konz. zur Herst. einer Inf.lsg. (PM)	1 Stk.	-	-	2.643,70
	<p>1. Zur Anbehandlung bei schwergradigem aktiven Morbus Crohn erwachsener PatientInnen nach Versagen der konventionellen Therapien und mindestens eines Tumornekrosefaktor-alpha (TNF-alpha)-Inhibitors oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p> <p>2. Zur Anbehandlung bei mittelschwerer bis schwerer aktiver Colitis ulcerosa erwachsener PatientInnen nach Versagen der konventionellen Therapien und mindestens eines Biologikums oder wenn diese nicht vertragen werden. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch GastroenterologInnen.</p>				
Bei beiden Wirkstärken von Stelara wurde die Regel um die Indikation Colitis ulcerosa erweitert.					

Info: Dr. Jana Fischer, MSc
 Telefon: 05 0766-126110
 E-mail: jana.fischer@oegk.at