

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab November 2020

Informationsstand November 2020

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
C07 BETA-ADRENOREZEPTOR-ANTAGONISTEN					
C07AB12 Nebivolol					
Nebivolol "ratiopharm GmbH" 5 mg Tabl.	10 Stk.	T4	-	1,15	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 1,03
	30 Stk.	T4	(3)	3,40	
Der Kassenpreis der Nebivolol-Präparate, die im EKO angeführt sind, liegt unter der Rezeptgebühr. Für Patienten, die nicht rezeptgebührenbefreit sind, ist der Selbstbehalt für den Quartalsbedarf Nebivolol "ratiopharm GmbH" OP 3 deutlich niedriger als bei anderen Nebivolol-Präparaten.					
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AH01 Tacrolimus					
Tacrolimus "Accord" 0,1 % Salbe	10 g	-	(2)	8,05	9,00
	30 g	-	(2)	22,70	20,60
D K					
Tacrolimus „Accord“ Salbe ist das erste Nachfolgepräparat zu Protopic 0,1 % Salbe. Es ist zugelassen zur Behandlung des mittelschweren bis schweren atopischen Ekzems bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 16 Jahren, die auf herkömmliche Therapien wie z.B. topische Kortikosteroide nicht ausreichend ansprechen oder diese nicht vertragen. Durch den Preisvorteil liegt das Einsparpotenzial für diese Substanz bei rund 1,0 Mio. Euro pro Jahr.					
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS					
G03DB08 Dienogest					
Aridya 2 mg Tabl.	28 Stk.	-	(3)	5,80	50,35 Erstanbieter nicht im EKO
Aridya ist ein Präparat zur Behandlung der Endometriose.					
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J01CR02 Amoxicillin und Beta-Lactamase-Inhibitoren					

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

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Amoxicillin/Clavulansäure "Actavis" 875 mg/125 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	(2)	7,50	0,75
	14 Stk.	-	-	8,75	2,55
N05 PSYCHOLEPTIKA					
N05AL05 Amisulprid					
Amisu 50 mg Tabl.	20 Stk.	-	(2)	5,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 13,24
	60 Stk.	-	(2)	16,45	
100 mg Tabl.	20 Stk.	-	(2)	10,00	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
	60 Stk.	-	(2)	28,45	
200 mg Tabl.	20 Stk.	T2	(2)	18,80	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 41,21
	60 Stk.	T2	(2)	53,45	
400 mg Tabl.	20 Stk.	T2	(2)	30,70	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 67,23
	60 Stk.	T2	(2)	84,20	
Amisu ist das erste Nachfolgepräparat zu Solian. Durch den Preisvorteil von Amisu liegt das Einsparpotenzial bei dieser Substanz bei über 1,5 Mio. Euro pro Jahr.					

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS						
G03GA05 Follitropin alfa						
RE1	Ovaleap 300 IE/0,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	90,95	50,65
RE1	450 IE/0,75 ml Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	130,90	72,05
RE1	900 IE/1,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	231,90	146,00
Bei anovulatorischen Frauen zur Auslösung der Ovulation, die auf eine Behandlung mit Clomifencitrat nicht ansprechen. Keine Kostenübernahme zur Unterstützung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion. Ovaleap ist das erste Nachfolgepräparat zu Gonal.						
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE						
H05AA02 Teriparatid						
RE1 L6	Teriparatid "ratiopharm" 20 mcg/ 0,08 ml Inj.lsg. vorgefüllter Injektor	1 Stk.	-	-	187,85	97,15

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<p>PatientInnen mit progredienter Knochenbruchkrankheit (postmenopausale Osteoporose, Osteoporose bei Männern, Glucocorticoid-induzierte Osteoporose), wenn trotz adäquat geführter, mehr als zwei Jahre währender, antiresorptiver Therapie Wirbelkörperfrakturen auftreten. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.</p> <p>Nach der Aufnahme der ersten Nachfolgepräparate zu Forsteo hat deren Verordnungsanteil in den Sommermonaten die 25 %-Marke überschritten. Auf Grund des Preisvorteils ist eine weitere Steigerung sinnvoll.</p>						
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J02AC04 Posaconazol						
RE2	Posaconazol "AHCL" 40 mg/ml Susp. zum Einnehmen	105 ml	-	-	211,85	427,50 Erstanbieter in RE1
<p>1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben, - Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben. <p>2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwachsene, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht, - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht. <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen.</p> <p>Nach der generischen Verfügbarkeit von Posaconazol Tabletten ab 1.10.2020 ist nun auch mit Posaconazol „AHCL“ eine Suspension generisch verfügbar. Zudem befindet sich Posaconazol "AHCL" im dokumentationspflichtigen RE2-Bereich.</p>						

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aripiprazol "Accord Healthcare" 10 mg Tabl.	14 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.11.2020
Dolpasse retard 100 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 50 Stk.	M01AB05	01.11.2020

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Esmya 5 mg Tabl.	28 Stk.	G03XB02	01.11.2020
Gliclazid "Sandoz" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	A10BB09	01.11.2020
Kivexa 600 mg/300 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR02	01.11.2020
Oprymea 0,088 mg Tabl.	30 Stk.	N04BC05	01.11.2020
Oprymea 0,18 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.11.2020
Oprymea 0,35 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.11.2020
Oprymea 0,7 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.11.2020
Oprymea 1,57 mg Retardtabl.	30 Stk.	N04BC05	01.11.2020
Oprymea 2,1 mg Retardtabl.	30 Stk.	N04BC05	01.11.2020
Sumatriptan "Hexal" 50 mg Tabl.	2 Stk.	N02CC01	01.11.2020
Tamsulosin „Hexal“ retard 0,4 mg Kaps.	10 Stk.	G04CA02	01.11.2020
Vepesid Weichkaps.	10 Stk.	L01CB01	01.11.2020
Zalasta 2,5 mg Tabl.	28 Stk.	N05AH03	01.11.2020
Zalasta 5 mg Tabl.	28 Stk.	N05AH03	01.11.2020

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J01MA02 Ciprofloxacin				
Ciprofloxacin "Hexal" 500 mg Filmtabl.	10 Stk.	T2	-	12,60
nur bei schweren Infektionen bzw. bei Infektionen mit atypischen Erregern				
Streichung der 20 Stk.-Packung				
N02 ANALGETIKA				
N02AB03 Fentanyl				
Fentanyl "Sandoz" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	-	-	27,55
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
SG				
Streichung der 10 Stk.-Packung				
N02AE01 Buprenorphin				
Buprenorphin "1A Pharma" 70 mcg/h transdermales Pflaster	8 Stk.	-	-	38,90
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
SG				
Streichung der 4 Stk.-Packung				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Buprenorphin "Stada"	4 Stk.	-	-	12,75
35 mcg/h transdermales Pflaster	8 Stk.	-	-	24,15
52,5 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	-	16,80
	8 Stk.	-	-	31,70
70 mcg/h transdermales Pflaster	4 Stk.	-	-	20,20
	8 Stk.	-	-	38,90
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>				
SG				
Aufnahme einer zusätzlichen Packungsgröße zu 8 Stk.				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AD02 Tacrolimus				
Envarsus 0,75 mg Retardtabl. (PM)	30 Stk.	-	(3)	59,55
Envarsus 1 mg Retardtabl.	60 Stk.	-	(3)	79,60
Envarsus 4 mg Retardtabl. (PM)	30 Stk.	-	(3)	173,45
<i>IND: nach Organtransplantationen</i>				
Änderung der Verschreibbarkeit auf OP 3				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06BA07 Modafinil					
RE1	Modasomil 100 mg Tabl.	30 Stk.	-	(2)	62,55
L12		90 Stk.	-	-	152,55
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosestellung der Narkolepsie durch NeurologInnen bzw. entsprechende Fachabteilung mittels Untersuchung im Schlaflabor. - Erstverordnung und jährliche Überprüfung des Therapieerfolges durch NeurologInnen. - Modafinil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 12 Monate (L12). 					
Der Regeltext wurde an jenen des Nachfolgepräparates angepasst.					