

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2020

### Informationsstand Dezember 2020

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BX02 Repaglinid</b>					
Repaglinid "Accord" 0,5 mg Tabl.	30 Stk.	-	-	0,85	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
	90 Stk.	-	(3)	2,55	
1 mg Tabl.	90 Stk.	-	(3)	5,00	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>					
<b>C10AA04 Fluvastatin</b>					
Fluvastatin "Accord" 80 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(3)	5,35	1,31
<b>H05 CALCIUMHOMÖOSTASE</b>					
<b>H05BX01 Cinacalcet</b>					
Cinacalcet "Aristo" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	48,35	<b>174,87</b> Erstanbieter in RE2
60 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	76,80	<b>321,27</b> Erstanbieter in RE2
90 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	102,85	<b>420,36</b> Erstanbieter in RE2
<i>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen</i>					
Cinacalcet "Aristo" ist nach Cinglan und Cinacalcet "Stada" ein weiteres Nachfolgepräparat zu Mimpara.					
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BA03 Fulvestrant</b>					
Fulvestrant "EVER Pharma" 250 mg Inj.lsg.	2 Stk.	-	-	179,05	<b>385,90**</b>
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch bzw. onkologisch spezialisierte FachärztInnen</i>					
Im Vergleich zu Faslodex ist Fulvestrant "EVER Pharma" deutlich kostengünstiger.					

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

\*\* Bei dem angegebenen Kostenreduktionspotenzial werden Preismodelle (PM) nicht berücksichtigt.

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02CC06 Eletriptan</b>					
Eletop 20 mg Filmtabl.	2 Stk.	-	(2)	4,20	4,20 11,45 Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
	6 Stk.	-	-	12,25	
	10 Stk.	-	-	16,85	
<i>IND: Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin</i>					
Bereits im Februar wurde die Wirkstärke zu 40 mg in den EKO aufgenommen.					
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07XX06 Tetrabenazin</b>					
Tetrabenazin "Aristo" 25 mg Tabl.	112 Stk.	T2	-	123,30	115,90 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: als Zweitlinientherapie</i>					
Tetrabenazin "Aristo" ist das erste Präparat mit diesem Wirkstoff im EKO.					

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09BB07 Ramipril und Amlodipin</b>				
Ramipril/Amlodipin "Stada"				
5 mg/5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	6,20
5 mg/10 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	6,20
10 mg/5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	6,20
10 mg/10 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	6,20
Ca. 20.000 Packungen werden monatlich von Kombinationspräparaten mit Ramipril und Amlodipin mit den SV-Trägern abgerechnet. Dies unterstreicht die hohe Akzeptanz dieser Wirkstoffkombination.				
<b>H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>H02AB09 Hydrocortison</b>				
Alkindi 0,5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	50 Stk..	-	-	37,20
1 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	50 Stk..	-	-	72,15
2 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	50 Stk..	-	-	130,60
5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	50 Stk..	-	-	289,20
F14				

**ROT** → **GELB**

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

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
<b>J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J02AC04 Posaconazol</b>						
RE2	<b>Posaconazol "Stada"</b> <b>100 mg magensaftresistente Tabl.</b>	24 Stk.	-	-	195,25	<b>619,95</b>
		96 Stk.	-	-	704,65	<b>2.391,40</b> Erstanbieter in RE1
<p>1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben,</li> <li>- Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben,</li> <li>- Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben.</li> </ul> <p>2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzerkrankungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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,</li> <li>- 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.</li> </ul> <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>Da die generischen Posaconazol Präparate nur einen Bruchteil von Noxafil kosten, sind sie im Hellgelben Bereich (RE2) gelistet.</p>						

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XX52 Venetoclax</b>					
RE1	<b>Venclyxto 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	-	-	<b>83,05</b>
RE1	<b>50 mg Filmtabl.</b>	7 Stk.	-	-	<b>185,75</b>
RE1	<b>100 mg Filmtabl.</b>	7 Stk.	-	-	<b>353,00</b>
		14 Stk.	-	-	<b>671,45</b>
		112 Stk.	-	-	<b>5.198,90</b>

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder</li> <li>– die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</li> </ul> <p>2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</p> <p>3. Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die entweder für eine Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs nicht geeignet oder therapierefraktär sind oder</li> <li>– die keine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und sowohl unter einer Chemoimmunotherapie als auch unter einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs therapierefraktär sind.</li> </ul> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-) OnkologInnen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.11.2025.</p>				
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>				
<b>L02BB06 Darolutamid</b>				
RE1	<b>Nubeqa 300 mg Filmtabl. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span></b>	112 Stk.	-	(2) <b>2.951,90</b>
<p>In Kombination mit einem GnRH-Analogen bei nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und</li> <li>– bei einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner gleich 10 Monate</li> </ul> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.</p> <p>Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– einer PSA- oder radiographischen Progression und</li> <li>– Versagen der Androgendeprivationstherapie (GnRH-Analogen oder -Antagonist mit ATC-Code L02AE oder L02BX02 alleine oder jeweils in Kombination mit einem Antiandrogen mit ATC-Code L02BB03) bzw. nach Entzug des Antiandrogens und</li> <li>– einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl)</li> </ul> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.11.2025</p>				

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Alendronsäure "Sandoz" 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl.</b>	4 Stk.	M05BA04	01.12.2020
<b>Bimatoprost "Sandoz" 300 mcg/ml Augentropf.</b>	3 ml	S01EE03	01.12.2020
<b>Diabetalan 45 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BG03	01.12.2020
<b>Enapril 5 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C09AA02	01.12.2020
<b>Enapril 10 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C09AA02	01.12.2020
<b>Enapril 20 mg Tabl.</b>	30 Stk.	C09AA02	01.12.2020
<b>Fluoxetin "Genericon" 20 mg/5 ml orale Lsg.</b>	70 ml	N06AB03	23.10.2020

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Glimepirid "ratiopharm" 1 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.12.2020
Isoptin 80 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C08DA01	01.12.2020
Lanoc 100 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AB02	01.12.2020
Lansoprazol "Arcana" 15 mg Kaps.	28 Stk.	A02BC03	01.12.2020
Metformin "Arcana" 850 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	A10BA02	01.12.2020
Rosuvastatin "Mylan" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2020
Rosuvastatin "Mylan" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2020
Rosuvastatin "Mylan" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2020
Rosuvastatin "Mylan" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2020
Vemlidy 25 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AF13	01.12.2020
Verapabene retard 240 mg Filmtabl.	30 Stk.	C08DA01	01.12.2020

### Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>				
<b>A10BX02 Repaglinid</b>				
Repaglinid "Accord" 2 mg Tabl.	90 Stk.	-	(3)	<b>9,35</b>
Änderung der Verschreibbarkeit auf OP 3				

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A05 GALLEN- UND LEBERTHERAPIE</b>				
<b>A05AA04 Obeticholsäure</b>				
RE1 Ocaliva 5 mg Filmtabl. <b>PM</b>	30 Stk.	-	-	<b>2.787,85</b>
RE1 10 mg Filmtabl. <b>PM</b>	30 Stk.	-	-	<b>2.787,85</b>
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– in Kombination mit Ursodeoxycholsäure (UDCA), bei medizinisch nicht ausreichendem Ansprechen (Alkalische Phosphatase (AP) größer gleich 1,67 x Obergrenze Normalbereich) auf UDCA über mindestens 12 Monate in der höchsten zugelassenen UDCA-Dosierung (13-15 mg/kg Körpergewicht/Tag) oder</li> <li>– als Monotherapie bei dokumentierter Unverträglichkeit von UDCA.</li> </ul> <p>Die Behandlung mit Obeticholsäure (OCA) kann nur fortgesetzt werden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– einen Monat nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion und</li> <li>– drei Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer gleich 10 % und</li> <li>– 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer gleich 20 %</li> </ul> <p>(jeweils gegenüber dem Ausgangswert vor Beginn der Therapie mit OCA) erreicht wurde.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein auf PBC spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2025.</p>				

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Die Befristung wurde auf 31.12.2025 verlängert.					
<b>A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL</b>					
<b>A16AX14 Migalastat</b>					
RE1 L6	<b>Galafold 123 mg Hartkaps. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span></b>	14 Stk.	-	-	<b>16.159,95</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zur Monotherapie bei PatientInnen ab 16 Jahren mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) und nur bei Vorliegen von auf Migalastat ansprechenden GLA-Mutationen (Nachweis mittels validierter Testmethode).</li> <li>- Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen.</li> <li>- Migalastat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
Entfall der Befristung der Aufnahme.					

#### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>					
<b>A02BC03 Lansoprazol</b>					
<b>Lansohexal 15 mg Hartkaps.</b>		7 Stk.	-	(2)	<b>2,60</b>
Streichung der 28 Stk-Packung					
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02AE01 Buprenorphin</b>					
<b>Buprenocan 35 mcg/h transdermales Pflaster</b>		8 Stk.	-	-	<b>31,85</b>
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opioide nicht ausreichend behandelbar sind</i>					
SG					
Streichung der 4 Stk-Packung					
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>					
<b>N05BA04 Oxazepam</b>					
<b>Praxiten 50 mg Tabl.</b>		20 Stk.	-	(2)	<b>6,65</b>
Streichung der 100 Stk-Packung aus dem Gelben Bereich des EKO					

#### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL</b>					
<b>A16AB10 Velaglucerase alfa</b>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
RE1	<b>VPRIV 400 E Plv. zur Herst. Einer Inf.lsg.</b>	1 Stk.	-	-	<b>1.474,15</b>
L6		5 Stk.	-	(2)	<b>7.272,00</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose des Morbus Gaucher Typ I.</li> <li>- Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt/die o.a. Fachärztin durchzuführen.</li> <li>- VPRIV eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
Aufnahme einer zusätzlichen Packungsgröße zu 5 Stk.					