



THERAPIE Tipps

Informationen für Vertragspartner/innen

Im Fokus

Minirin Nasenspray – Streichung aus dem Erstattungskodex

Mit Jänner 2021 wird die Arzneispezialität Minirin 0,1 mg/ml Nasenspray (Wirkstoff Desmopressin) aus dem Erstattungskodex (EKO) gestrichen.

Als Alternative steht weiterhin ein Nachfolgepräparat im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung, das unter den im EKO angegebenen Voraussetzungen frei verschreibbar ist. Wir ersuchen Sie daher, die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise zu beachten und ausschließlich das im EKO gelistete Nachfolgepräparat zu verordnen.

Einen stets aktuellen Überblick gibt das Online-Infotool (www.erstattungskodex.at) oder die App EKO2go.

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Jänner 2021

Informationsstand Jänner 2021

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					
C09DB01 Valsartan und Amlodipin					
Amlovalsax 5 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,75	13,95

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2021)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Amlovalsax 5 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,75	14,00
10 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	6,75	14,00
Monatlich werden über 50.000 Packungen von Präparaten mit der Kombination von Valsartan und Amlodipin mit den SV-Trägern abgerechnet. Der Generikaanteil variiert im Oktober je nach Bundesland von ca. 20 % bis zu 44 %. Auf Grund des Preisvorteils sollte der Generikaanteil erhöht werden.					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BA03 Fulvestrant					
Fulvestrant "ratiopharm" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	152,15	412,80**
<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>					
Fulvestrant "ratiopharm" ist nach Fulvestrant "EVER Pharma" ein weiteres Nachfolgepräparat zu Faslodex.					
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN					
M05BA06 Ibandronsäure					
Ibandronsäure "Sandoz" 3 mg/3 ml Inj.lsg.	1 Stk.	-	-	29,05	8,85
<i>IND: Patientinnen mit Knochenbruchkrankheit (Osteoporose) mit hohem Frakturrisiko oder vorhergegangenen Frakturen nach inadäquatem Trauma</i>					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2021)

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N03 ANTIPILEPTIKA					
N03AX16 Pregabalin					
PregaTab 25 mg Tabl.	14 Stk.	T2	-	0,55	0,35
	56 Stk.	T2	-	2,20	1,50
50 mg Tabl.	21 Stk.	T2	-	2,40	0,95
	84 Stk.	T2	-	9,60	3,35
75 mg Tabl.	14 Stk.	T2	-	2,40	0,95
	56 Stk.	T2	-	9,60	3,35
100 mg Tabl.	21 Stk.	T2	-	4,00	1,90
	84 Stk.	T2	-	15,40	6,90
150 mg Tabl.	14 Stk.	T2	-	4,00	1,95
	56 Stk.	T2	-	15,40	7,00
200 mg Tabl.	21 Stk.	T2	-	6,70	2,25
	84 Stk.	T2	-	25,30	7,65
300 mg Tabl.	14 Stk.	T2	-	6,70	2,25
	56 Stk.	T2	-	25,30	7,80
Es handelt sich um den ersten Nachfolger in Tablettenform, der auch geteilt werden kann.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2021)

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
D11 ANDERE DERMATIKA						
D11AH04 Alitretinoin						
RE2	Alitretan 10 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	216,85	280,15 Erstanbieter in RE1
RE2	30 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	216,85	280,15 Erstanbieter in RE1
<p>Bei Erwachsenen mit schwerem chronischen Handekzem, das überwiegend hyperkeratotische Eigenschaften aufweist und auf eine Lokalthherapie (z.B. Behandlung mit potenten topischen Corticosteroiden) nicht anspricht.</p> <p>Eine Schwangerschaft ist unbedingt auszuschließen (siehe dazu Fachinformation Punkt 4.4).</p> <p>Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch DermatologInnen mit Erfahrung in der Anwendung von systemischen Retinoiden.</p> <p>Je nach Ansprechen dauert ein Behandlungszyklus mit Alitretinoin normalerweise 12 bis 24 Wochen.</p> <p>Bei PatientInnen, die nach den ersten 12 Wochen kein oder nur geringes Ansprechen zeigen, sollte ein Abbruch der Therapie in Betracht gezogen werden.</p> <p>Alitretan ist das erste Nachfolgepräparat zu Toctino.</p>						

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 2021)

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA42 Siponimod					
RE1	Mayzent 0,25 mg Filmtabl. (PM)	12 Stk.	-	-	175,05
L6		120 Stk.	-	-	1.548,65
RE1	2 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	-	-	1.447,05
L6					
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit sekundär progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit Krankheitsaktivität.</p> <p>Kriterien bei Ersteinstellung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis der Krankheitsaktivität: klinische Schübe oder in einem rezenten (nicht älter als 3 Monate) MRT kontrastmittelaufnehmende T1-Läsion[en] und/oder - Zunahme/Vergrößerung von T2-Läsionen gegenüber einer früheren MRT-Untersuchung und - EDSS 3 - 6.5. <p>Vor Beginn der Behandlung mit Siponimod muss der individuelle CYP2C9-Metabolisierungsstatus mittels Genotypisierung bestimmt werden, aus dem die Dosisempfehlung oder eine Kontraindikation resultiert. Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, regelmäßige Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>PatientInnen, die mit Siponimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>Siponimod 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
Atorvastatin "Bluefish" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.01.2021
Atorvastatin "Bluefish" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.01.2021
Atorvastatin "Bluefish" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.01.2021
Atorvastatin "Bluefish" 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.01.2021
Donepezil HCl "Sandoz" 10 mg Schmelztabl.	30 Stk.	N06DA02	01.01.2021
Fentanyl "Sandoz" 75 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk.	N02AB03	01.01.2021
Minirin 0,1 mg/ml Nasenspray	6 ml	H01BA02	01.01.2021
Mobilat Gel	40 g	M02AC	01.01.2021
Octostim 1,5 mg/ml Nasalspray	2,5 ml	H01BA02	01.01.2021
Olanzapin "Sandoz" 20 mg Schmelztabl.	7 Stk.	N05AH03	01.01.2021
Refobacin 80 mg Amp.	5 Stk.	J01GB03	01.01.2021
Tolura 80 mg Tabl.	30 Stk.	C09CA07	01.01.2021

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Zalasta 5 mg Schmelztabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.01.2021
Zalasta 10 mg Schmelztabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.01.2021
Zalasta 15 mg Schmelztabl.	14 Stk. 28 Stk.	N05AH03	01.01.2021

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AP54 Elbasvir und Grazoprevir					
RE1	Zepatier 50 mg/100 mg Filmtabl. PM	28 Stk.	-	-	7.322,65
Bei Erwachsenen mit chronischer Hepatitis C. – Genotyp 1 oder 4 ohne Zirrhose oder mit kompensierter Zirrhose: für 12 Wochen Die Verordnung hat durch ein spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen 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 31.12.2022.					
Wegfall des Registers					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A06 MITTEL BEI VERSTOPFUNG				
A06AD11 Lactulose				
Lactulose "Hexal" 670 mg/ml Lsg. zum Einnehmen	200 ml	-	(2)	2,90
Streichung der 500 ml-Packung				
M05 MITTEL ZUR BEHANDLUNG VON KNOCHENERKRANKUNGEN				
M05BA07 Risedronsäure				
Risedronat "Sandoz" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl.	4 Stk.	-	(2)	10,45
Streichung der 4 Stk.-Packung Risedronat "Sandoz" einmal wöchentlich 35 mg Filmtabl. Abg. gem. mit Calcium Vit. D3 "Sandoz" Brausetabl. 60 St.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N02 ANALGETIKA				
N02AA03 Hydromorphon				
Hydromorphon "Hexal" 16 mg Retardtabl.	10 Stk.	-	(2)	9,45
SG				
Streichung der 30 Stk.-Packung				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N04 ANTIPARKINSONMITTEL				
N04BC07 Apomorphin				
RE1 Apo-go 10 mg/ml Inj.-/Inf.lsg. Amp	50 Stk. 5 ml	-	-	1.088,80
Bei fortgeschrittenem Morbus Parkinson zur subkutanen Infusionstherapie, wenn sich motorische Wirkschwankungen mit oralen Medikamenten nicht ausreichend beherrschen lassen. Einstellung, Dosisoptimierung und eine allfällige Reduktion der oralen Medikation müssen durch neurologische Fachabteilungen erfolgen. Die PatientInnen müssen in der Lage sein, die tägliche Verabreichung selbst zu erledigen bzw. eine Pflegeperson haben, die dazu in der Lage ist.				
Streichung der 5 Stk.-Packung				

ATC-Code-Änderungen mit 2021:

Vormaliger ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Neuer ATC-Code
J05AX08	Raltegravir	J05AJ01
J05AX11	Elvitegravir	J05AJ02
J05AX12	Dolutegravir	J05AJ03
L01XE01	Imatinib	L01EA01
L01XE02	Gefitinib	L01EB01
L01XE03	Erlotinib	L01EB02
L01XE04	Sunitinib	L01EX01
L01XE05	Sorafenib	L01EX02
L01XE06	Dasatinib	L01EA02
L01XE07	Lapatinib	L01EH01
L01XE08	Nilotinib	L01EA03
L01XE09	Temsirolimus	L01EG01
L01XE10	Everolimus	L01EG02

Vormaliger ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Neuer ATC-Code
L01XE11	Pazopanib	L01EX03
L01XE12	Vandetanib	L01EX04
L01XE13	Afatinib	L01EB03
L01XE14	Bosutinib	L01EA04
L01XE15	Vemurafenib	L01EC01
L01XE16	Crizotinib	L01ED01
L01XE17	Axitinib	L01EK01
L01XE18	Ruxolitinib	L01EJ01
L01XE19	Ridaforolimus	L01EG03
L01XE21	Regorafenib	L01EX05
L01XE22	Masitinib	L01EX06
L01XE23	Dabrafenib	L01EC02
L01XE24	Ponatinib	L01EA05
L01XE25	Trametinib	L01EE01
L01XE26	Cabozantinib	L01EX07
L01XE27	Ibrutinib	L01EL01
L01XE28	Ceritinib	L01ED02
L01XE29	Lenvatinib	L01EX08
L01XE31	Nintedanib	L01EX09
L01XE32	Cediranib	L01EK02
L01XE33	Palbociclib	L01EF01
L01XE34	Tivozanib	L01EK03
L01XE35	Osimertinib	L01EB04
L01XE36	Alectinib	L01ED03
L01XE37	Rociletinib	L01EB05
L01XE38	Cobimetinib	L01EE02
L01XE39	Midostaurin	L01EX10
L01XE40	Olmutinib	L01EB06
L01XE41	Binimetinib	L01EE03
L01XE42	Ribociclib	L01EF02
L01XE43	Brigatinib	L01ED04
L01XE44	Lorlatinib	L01ED05

Vormaliger ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Neuer ATC-Code
L01XE45	Neratinib	L01EH02
L01XE46	Encorafenib	L01EC03
L01XE47	Dacomitinib	L01EB07
L01XE48	Icotinib	L01EB08
L01XE50	Abemaciclib	L01EF03
L01XE51	Acalabrutinib	L01EL02
L01XE52	Guizartinib	L01EX11
L01XE53	Larotrectinib	L01EX12
L01XE54	Gilteritinib	L01EX13
L01XE56	Entrectinib	L01EX14
L01XE57	Fedratinib	L01EJ02
L01XX14	Tretinoin	L01XF01
L01XX17	Topotecan	L01CE01
L01XX19	Irinotecan	L01CE02
L01XX22	Alitretinoin	L01XF02
L01XX25	Bexaroten	L01XF03
L01XX32	Bortezomib	L01XG01
L01XX38	Vorinostat	L01XH01
L01XX39	Romidepsin	L01XH02
L01XX42	Panobinostat	L01XH03
L01XX43	Vismodegib	L01XJ01
L01XX45	Carfilzomib	L01XG02
L01XX46	Glaparib	L01XK01
L01XX47	Idelalisib	L01EM01
L01XX48	Sonidegib	L01XJ02
L01XX49	Belinostat	L01XH04
L01XX50	Ixazomib	L01XG03
L01XX54	Niraparib	L01XK02
L01XX55	Rucaparib	L01XK03
L01XX56	Etirinotecan pegol	L01CE03
L01XX60	Talazoparib	L01XK04
L01XX61	Copanlisib	L01EM02

Vormaliger ATC-Code	ATC-Bezeichnung	Neuer ATC-Code
L01XX63	Glasdegib	L01XJ03
L01XX64	Entinostat	L01XH05
L01XX65	Alpelisib	L01EM03
L01XX68	Belotecan	L01CE04

Link zur WHO-Homepage:

https://www.whooc.no/atc_ddd_index/updates_included_in_the_atc_ddd_index/

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- (3).....drei Packungen pro Verschreibung abgebbar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden
- PM**.....Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.
- IND.....Die Arzneispezialität ist nur für die angegebenen Voraussetzungen in den jeweiligen Bereich des EKO aufgenommen. Das Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen muss von der verordnenden Ärztin/vom verordnenden Arzt durch den Vermerk IND am Rezept bestätigt werden. Für Verordnungen außerhalb der angegebenen Voraussetzungen ist eine ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes einzuholen.
- KVP.....Kassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
- L6.....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- OP.....Höchstanzahl Packungen je Verordnung
- RE1.....Die Arzneispezialitäten dürfen erst nach Vorliegen der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes abgegeben werden. Für die Erteilung der ärztlichen Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes sind die angegebenen bestimmten Voraussetzungen maßgeblich.
- RE2.....Bei diesen Arzneispezialitäten kann die sonst notwendige ärztliche Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes durch eine nachfolgende Kontrolle der Einhaltung der bestimmten Verwendungen ersetzt werden, wenn die angegebenen bestimmten Verwendungen vorliegen und eine den Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- SG.....Arzneispezialitäten, welche ohne Einschränkung den strengen Abgabebestimmungen für Suchtgifte unterliegen.
- T.....Teilbarkeit
- T2.....in zwei dosisgleiche Teile teilbar

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber: Österreichische Gesundheitskasse, Haidingergasse 1, 1030 Wien.

www.gesundheitskasse.at/impresum

Kontakt: ÖGK, Medizinische Behandlungsökonomie

Telefon: 05 0766-112597

E-Mail: office.mboe@oegk.at

Die Veröffentlichung des Fach- und Informationsblattes erfolgt in Kooperation mit der Ärztekammer für Wien.