

Nr. 2 / 2021

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2021

Informationsstand Februar 2021

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C05 VASOPROTEKTOREN					
C05CA53 Diosmin, Kombinationen					
Dioscomb 500 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	3,10	3,10
Dioscomb ist das erste Nachfolgepräparat zu Daflon, von dem über 2 Mio. Packungen pro Jahr mit den SV-Trägern abgerechnet werden. Entsprechend hoch ist das Einsparpotenzial durch Dioscomb.					
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10BA05 Atorvastatin und Ezetimib					
Ezeato 10 mg/10 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	11,40	37,40 Erstanbieter nicht im EKO
10 mg/20 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	11,40	37,40 Erstanbieter nicht im EKO
10 mg/40 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	11,40	37,40 Erstanbieter nicht im EKO
10 mg/80 mg Tabl.	30 Stk.	-	(3)	11,40	37,40 Erstanbieter nicht im EKO
Mit über 200.000 Verordnungen pro Jahr war die Fixkombination von Atorvastatin und Ezetimib ein häufig verordnetes Präparat, das allerdings seit Juni 2020 nicht mehr im EKO gelistet ist. Mit der generischen Verfügbarkeit ist diese Fixkombination wieder frei verschreibbar.					

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

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

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03AL12 Indacaterol, Glycopyrroniumbromid und Mometason				
Energair Breezhaler 114 mcg/46 mcg/136 mcg Hartkaps. Plv. zur Inh.	10 Stk.			23,50
	30 Stk.	-	-	66,80
	30 Stk.	-	-	66,80
	+ Sensor			
<i>IND: Schweres Asthma bei Erwachsenen mit zumindest einer Asthmaexazerbation in den letzten 12 Monaten, die mit einer Kombination aus einem langwirksamen Beta2-Agonisten und einer hohen Dosis eines inhalativen Corticosteroids als Erhaltungstherapie nicht ausreichend kontrolliert sind.</i>				
S01 OPHTHALMOLOGIKA				
S01GX09 Olopatadin				
Olopatadin "Unimed Pharma" 1 mg/ml Augentropf.	5 ml	-	-	7,60

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J05AR02 Lamivudin und Abacavir						
RE2	Abacavir/ Lamivudin "Aristo" 600 mg/300 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	-	131,25	113,00 Erstanbieter nicht im EKO
In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten PatientInnen ab 25 kg Körpergewicht. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.						
Da Kivexa mit 1.11.2020 aus der Erstattung gestrichen wurde, sollten die Patientinnen und Patienten, die auf dieses Kombinationspräparat eingestellt sind, auf eines der verfügbaren Generika umgestellt werden.						

N06 PSYCHOANALEPTIKA						
N06BA04 Methylphenidat						
RE1 L3	Methylphenidat "Stada" 10 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk.	-	-	3,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 12,45 Erstanbieter nicht im EKO
		30 Stk.	-	-	9,45	
RE1 L3	20 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk.	-	-	6,50	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 22,70
		30 Stk.	-	-	17,65	
RE1 L3	30 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk.	-	-	8,15	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 29,35
		30 Stk.	-	-	21,95	
RE1 L3	40 mg Hartkaps. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	10 Stk.	-	-	10,15	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 38,55
		30 Stk.	-	-	27,55	
Bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern ab 6 Jahren und Jugendlichen als Teil eines umfassenden Behandlungsprogramms. Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch FachärztInnen für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Pädiatrie. Methylphenidat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).						
SG						
Ca. 10.000 Patientinnen und Patienten (vor allem Kinder) werden aktuell mit Methylphenidat therapiert. Im mehrjährigen Trend steigen sowohl die Patientenanzahl als auch die durchschnittliche Dosierung leicht an.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA					
A07AA09 Vancomycin					
RE1	Vancomycin "Dr. Eberth" 125 mg Hartkaps.	12 Stk.	-	-	78,45
		28 Stk.	-	-	169,70
RE1	250 mg Hartkaps.	12 Stk.	-	-	145,45
		28 Stk.	-	-	311,25
Bei PatientInnen ab 12 Jahren für die Behandlung von schweren oder rezidivierenden Clostridium (Clostridioides) difficile-Infektionen, wenn eine Therapie mit kostengünstigeren Alternativen aus dem Erstattungskodex nicht möglich ist.					

L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA38 Ozanimod					
RE1	Zeposia 0,23 mg/0,46 mg Hartkaps. Starterpackung PM	7 Stk.	-	-	322,80
<ul style="list-style-type: none"> - Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung - Kriterien bei Ersteinstellung: <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und • EDSS kleiner gleich 5,0 - Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. - PatientInnen, die mit Ozanimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. - Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.1.2024. 					
RE1 L6	Zeposia 0,92 Hartkaps. PM	28 Stk.	-	-	1.207,55
<ul style="list-style-type: none"> - Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung - Kriterien bei Ersteinstellung: <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und • EDSS kleiner gleich 5,0 - Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. - PatientInnen, die mit Ozanimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. - Ozanimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). - Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.1.2024. 					
L04AX05 Pirfenidon					
RE1	Esbriet 267 mg Filmtabl.	63 Stk.	-	-	548,30
RE1	801 mg Filmtabl.	84 Stk.	-	-	2.119,30
<p>Bei Erwachsenen zur Behandlung von leichter bis mittelschwerer idiopathischer pulmonaler Fibrose (IPF).</p> <p>Diagnosestellung, Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrolle durch PulmologInnen.</p> <p>Austausch der Hartkapseln gegen Filmtabletten.</p>					

V03 ALLE ÜBRIGEN THERAPEUTISCHEN MITTEL					
V03AE10 Natrium Zirconiumcyclosilicat					
RE1	Lokelma 5 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)	28 Stk.	-	-	254,05
RE1	10 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)	28 Stk.	-	-	373,55
<p>Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR kleiner 60 ml/min/1,73 m²) und chronisch rekurrender und in wiederholten Messungen festgestellter Hyperkaliämie ab einem Serumkaliumspiegel von 5,5 mmol/l, wenn durch kaliumarme Diät und Behandlung mit Schleifendiuretika und/oder Natriumbicarbonat nicht das Auslangen gefunden wird.</p> <p>Die Therapie darf nur fortgesetzt werden, wenn nach 4 Therapiewochen ein Serumkaliumspiegel von kleiner gleich 5,1 mmol/l oder eine Senkung des Serumkaliumspiegels um mindestens 0,5 mmol/l erreicht wird.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle des Serumkaliumspiegels in den ersten 4 Therapiewochen. Bei Einsatz von Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilikat unter Dialysebehandlung an dialysefreien Tagen, monatliche Kontrollen des Serumkaliumspiegels nach den ersten 4 Therapiewochen.</p> <p>Erstverordnung und Therapiekontrolle durch FachärztInnen für Innere Medizin.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Dexamethason „Hafslund Nycomed“ 4 mg Amp.	5 Stk.	H02AB02	01.02.2021
Esbriet 267 mg Hartkaps.	63 Stk. 252 Stk.	L04AX05	01.02.2021
Everolimus "ratiopharm" 5 mg Tabl.	30 Stk.	L01EG02	01.02.2021
Everolimus "ratiopharm" 10 mg Tabl.	30 Stk.	L01EG02	01.02.2021
Finasterid "Sandoz" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	G04CB01	01.02.2021
Memantin "Stada" 5 mg/10 mg/15 mg/20 mg Filmtabletten Starterpackung	28 Stk.	N06DX01	01.02.2021
Puregon 75 IE/0,5 ml Inj.lsg.	1 Stk.	G03GA06	01.02.2021
Simvarcana 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	01.02.2021
Simvarcana 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA01	01.02.2021

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
N06 PSYCHOANALEPTIKA					
N06DX01 Memantin					
RE2	Memantin "Stada" 10 mg Filmtabl.	14 Stk.	T2	-	6,25
		28 Stk.	T2	(2)	12,20
RE2	20 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	12,20
		28 Stk.	-	(2)	23,55
<ul style="list-style-type: none"> - Die Diagnose DAT (Demenz vom Alzheimerstyp) ist von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie oder Psychiatrie zu stellen. - Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) kleiner bzw. gleich 14 betragen. - Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance. - Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen. - Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen. - Die Therapie mit Memantin ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 3 ist. - Memantin darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden. 					
Streichung der Starterpackung, In beiden Stärken Aufnahme einer Kleinpackung zu 14 Stück					

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE					
H05AA02 Teriparatid					
RE2	Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	1 Pk. + Pen	-	-	154,60
		1 Stk.	-	-	154,60
<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.</p> <p>Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz.</p> <p>Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate.</p> <p>Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.</p>					
Movymia ist das derzeit preisgünstigste Teriparatid-Präparat und als einziges in RE2 gelistet.					

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09BA03 Lisinopril und Diuretika				
Lisinopril/HCT „Sandoz GmbH“ 10 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	2	7,55
Vormals Lisihexal comb semi Tabl.				
Lisinopril/HCT „Sandoz GmbH“ 20 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	T2	2	12,55
Vormals Lisihexal comb mite Tabl.				
Lisinopril/HCT „Sandoz GmbH“ 20 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	-	2	12,55
Vormals Lisihexal comb Tabl.				