

Nr. 3 / März 2021

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab März 2021

### Informationsstand März 2021

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

| Präparat  | Menge   | T | OP  | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung*  |
|---|---------|---|-----|-------|--------------------------------------|
| <b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>  |         |   |     |       |                                      |
| <b>C09DB01 Valsartan und Amlodipin</b>  |         |   |     |       |                                      |
| Amlodipin/Valsartan "+pharma"<br>5 mg/80 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | - | (3) | 6,60  | <b>14,09</b>                         |
| Amlodipin/Valsartan "+pharma"<br>5 mg/160 mg Filmtabl.  | 30 Stk. | - | (3) | 6,60  | <b>14,14</b>                         |
| Amlodipin/Valsartan "+pharma"<br>10 mg/160 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | - | (3) | 6,60  | <b>14,14</b>                         |
|   |         |   |     |       |                                      |
| Amlodipin/Valsartan "Genericon"<br>5 mg/80 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | - | (3) | 6,60  | <b>14,09</b>                         |
| Amlodipin/Valsartan "Genericon"<br>5 mg/160 mg Filmtabl.  | 30 Stk. | - | (3) | 6,60  | <b>14,14</b>                         |
| Amlodipin/Valsartan "Genericon"<br>10 mg/160 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | - | (3) | 6,60  | <b>14,14</b>                         |
| Die Nachfolgepräparate von Exforge sind deutlich kostengünstiger, ohne „IND“ und 3 OP sind auf einem Rezept frei verschreibbar.   |         |   |     |       |                                      |
|   |         |   |     |       |                                      |
| <b>H05 CALCIUMHOMÖOSTASE</b>  |         |   |     |       |                                      |
| <b>H05BX01 Cinacalcet</b>   |         |   |     |       |                                      |
| Cinacalcet "ratiopharm" 30 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | - | (2) | 41,10 | <b>126,84</b><br>Erstanbieter in RE2 |
| 60 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | - | (2) | 66,45 | <b>219,43</b><br>Erstanbieter in RE2 |
| 90 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | - | (2) | 87,35 | <b>289,47</b><br>Erstanbieter in RE2 |
| <b>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen</b>  |         |   |     |       |                                      |
| Cinacalcet "ratiopharm" ist ein weiteres Nachfolgepräparat zu Mimpara. Im Unterschied zum dokumentationspflichtigen Originär sind alle Nachfolger mit IND verschreibbar und 2 OP können auf einem Rezept frei verordnet werden. |         |   |     |       |                                      |
|   |         |   |     |       |                                      |
| <b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>   |         |   |     |       |                                      |

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

\*\* 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. Kostenersparnis € pro Packung* |
|---|--------|---|-----|--------|-------------------------------------|
| <b>L02BA03 Fulvestrant</b>  |        |   |     |        |                                     |
| Fulvestrant "Sandoz" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.   | 2 Stk. | - | -   | 133,85 | 431,10**                            |
| <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 „Sandoz“ ist ein weiteres kostengünstigeres Nachfolgepräparat zu Faslodex, ein Wechsel wird empfohlen.  |        |   |     |        |                                     |
| <b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>  |        |   |     |        |                                     |
| <b>N03AD01 Ethosuximid</b>  |        |   |     |        |                                     |
| Ethosuximid "neuraxpharm" 50 mg/ml Lsg. zum Einnehmen   | 250 ml | - | (2) | 8,45   | 7,70                                |
| F14   |        |   |     |        |                                     |
| Ethosuximid „neuraxpharm“ Lsg. ist der erste Nachfolger von Petinimid Sirup.  |        |   |     |        |                                     |

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

| Präparat   | Menge   | T | OP  | KVP € |
|--|---------|---|-----|-------|
| <b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b> |         |   |     |       |
| <b>C09BX03 Ramipril, Amlodipin und Hydrochlorothiazid</b>      |         |   |     |       |
| Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps. | 30 Stk. | - | (3) | 7,45  |
| Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.   | 30 Stk. | - | (3) | 7,45  |
| Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.  | 30 Stk. | - | (3) | 7,45  |
| Ramipril/Amlodipin/HCT "1A Pharma" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps. | 30 Stk. | - | (3) | 7,45  |

**ROT** → **GELB**

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

| Präparat                   | Menge | T | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|----------------------------|-------|---|----|-------|-------------------------------------|
| <b>C02 ANTIHYPERTONIKA</b> |       |   |    |       |                                     |
| <b>C02KX02 Ambrisentan</b> |       |   |    |       |                                     |

| Präparat   |   | Menge   | T | OP | KVP €    | max. Kostenersparnis € pro Packung* |
|--|---|---------|---|----|----------|-------------------------------------|
| RE1<br>L6  | <b>Ambrisentan "Accord" 5 mg Filmtabl.</b>                  | 30 Stk. | - | -  | 1.097,65 | <b>1.356,15</b>                     |
| RE1<br>L6  | <b>10 mg Filmtabl.</b>                                      | 30 Stk. | - | -  | 1.097,65 | <b>1.356,15</b>                     |
| <p>Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.<br/> Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.<br/> Ambrisentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>  |   |         |   |    |          |                                     |
| RE1<br>L6  | <b>Ambrisentan "Sandoz" 5 mg Filmtabl.</b>                  | 30 Stk. | - | -  | 1.097,65 | <b>1.356,15</b>                     |
| RE1<br>L6  | <b>10 mg Filmtabl.</b>                                      | 30 Stk. | - | -  | 1.097,65 | <b>1.356,15</b>                     |
| <p>Bei pulmonal arterieller Hypertension nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests.<br/> Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilungen und Zentren.<br/> Ambrisentan eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> <p>Ambrisentan „Accord“ und „Sandoz“ sind die ersten Nachfolger von Volibris. Bei einem Preisvorteil von über 15.000 € pro behandelter Person und Therapiejahr ist jeder einzelne Therapiewechsel auf eine generische Alternative relevant. Außerdem ist bei den Nachfolgepräparaten eine Langzeitbewilligung möglich.</p> |   |         |   |    |          |                                     |
| <b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>  |   |         |   |    |          |                                     |
| <b>J05AF07 Tenofovir disoproxil</b>  |   |         |   |    |          |                                     |
| RE2<br>L6  | <b>Tenofovir Disoproxil "Accordpharma" 245 mg Filmtabl.</b> | 30 Stk. | - | -  | 144,45   | <b>2,65</b>                         |

| Präparat  | Menge                                    | T       | OP | KVP € | max. Kostenersparnis € pro Packung* |       |
|---|--|---------|----|-------|-------------------------------------|-------|
| <p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– HIV-1-infizierten Erwachsenen</li> <li>– HIV-1-infizierten Jugendlichen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg), wenn der Einsatz von First-line-Arzneimitteln aufgrund von NRTI-Resistenzen oder Unverträglichkeiten ausgeschlossen ist.</li> </ul> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Bei PatientInnen ab 12 Jahren (größer gleich 35 kg) in der Indikation chronische Hepatitis B mit kompensierter Lebererkrankung mit nachgewiesener aktiver Virus-Replikation [mehr als 10.000 HBV DNA Kopien/ml], kontinuierlich erhöhten Serum Alanin-Aminotransferase(ALT)-Werten sowie Nachweis einer aktiven Leberentzündung und/oder Fibrose.</p> <p>Indikationsstellung und Therapieüberwachung durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung der Hepatitis B.</p> <p>Regelmäßige Überwachung der ALT-Werte (alle 3 Monate) und virologischer Parameter (alle 6 Monate).</p> <p>Die Therapie ist abzusetzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bei HBeAg-positiven PatientInnen ohne Zirrhose: 6 bis 12 Monate nach HBeAg-Serokonversion oder bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit</li> <li>– bei HBeAg-negativen PatientInnen ohne Zirrhose: bei HBsAg-Serokonversion oder Verlust der Wirksamkeit.</li> </ul> <p>Tenofovir Disoproxil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p> |  |         |    |       |                                     |       |
| <b>N03 ANTIEPILEPTIKA</b>   |  |         |    |       |                                     |       |
| <b>N03AX03 Sultiam</b>  |  |         |    |       |                                     |       |
| RE2   | Sultiam "neuraxpharm" 50 mg<br>Filmtabl. | 90 Stk. | -  | -     | 19,85                               | 11,02 |
| RE2   | 200 mg<br>Filmtabl.                      | 90 Stk. | T4 | -     | 52,40                               | 48,14 |
| Bei diagnostisch gesicherter und behandlungspflichtiger Rolando-Epilepsie   |  |         |    |       |                                     |       |
| Sultiam ist das erste Nachfolgepräparat zu Ospolot und deckt mit der 90-Stück-Packung eine deutlich längere Therapiedauer ab.   |  |         |    |       |                                     |       |

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

| Präparat                                      | Menge                          | T       | OP | KVP € |           |
|---|--------------------------------|---------|----|-------|-----------|
| <b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b> |                                |         |    |       |           |
| <b>N07XX08 Tafamidis</b>                      |                                |         |    |       |           |
| RE1   | Vyndaqel 61 mg Weichkaps. (PM) | 30 Stk. | -  | -     | 13.006,95 |

| Präparat  | Menge | T | OP | KVP € |
|---|-------|---|----|-------|
| <p>– Zur Behandlung der Wildtyp- oder hereditären Transthyretin-Amyloidose mit Kardiomyopathie (ATTR-CM) im Stadium NYHA I bis III mit mindestens einer vorangegangenen Hospitalisation aufgrund von Herzinsuffizienz und/oder klinisch relevanten Episode einer symptomatischen Herzinsuffizienz mit Dokumentation erhöhter NT-proBNP-Werte.</p> <p>– Verifizierung der Diagnose durch positive Knochenszintigraphie (Perugini Grad 2-3) in Kombination mit amyloidosetypischem Befund in der kardialen MRT sowie Ausschluss monoklonaler freier Leichtketten in Serum und Urin mittels Serum- und Urin-Immundefixationselektrophorese.</p> <p>Im Fall eines unklaren/unsicheren Szintigraphiebefundes (Perugini Grad 1) oder/und keines eindeutigen Ausschlusses der AL-Amyloidose (Nachweis freier Leichtketten in Serum und Urin) oder/und eines nicht eindeutigen Befundes in der kardialen MRT sind eine Myokardbiopsie und der histologische Nachweis von ATTR notwendig.</p> <p>– Eine Genotypisierung des Transthyretins mittels validierter Testmethode zur Charakterisierung als Wildtyp oder hereditär wird empfohlen.</p> <p>– Dokumentation von NYHA Stadium, NT-proBNP, 6-Minuten-Gehtest, Herzinsuffizienz-bedingten Hospitalisationen und Diuretika-Verbrauch vor Therapiebeginn und regelmäßig während der Behandlung mit Tafamidis (zumindest alle 6 Monate) sowie von transthorakaler Echokardiographie und ggf. kardialen MRT (zumindest alle 12 Monate).</p> <p>– Regelmäßige Überprüfung des Behandlungserfolges. Keine Fortsetzung der Behandlung bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• substanzieller klinischer Verschlechterung (z.B. rezidivierende Hospitalisationen aufgrund kardialer Dekompensation; sinkende Leistungsfähigkeit in Kombination mit NT-proBNP-Anstieg und erhöhtem Diuretika-Verbrauch) ODER</li> <li>• NYHA IV für einen Zeitraum von zumindest 3 Monaten.</li> </ul> <p>– Der Patient/die Patientin ist vor Behandlungsbeginn über den Inhalt dieses EKO-Verwendungstextes nachweislich aufzuklären.</p> <p>– Tafamidis darf nicht mit anderen spezifischen Arzneimitteln zur Behandlung der Transthyretin-Amyloidose (z.B. Patisiran, Inotersen) kombiniert werden.</p> <p>– Hinweis: In der Zulassungsstudie zeigte sich ein Vorteil bei der Mortalität nach einer Behandlungsdauer mit Tafamidis von rund 18 Monaten. Es ist sinnvoll, auf gravierende Komorbiditäten und die Gesamtprognose bei der Indikationsstellung Bedacht zu nehmen.</p> <p>– Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum.</p> <p>– Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM">http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_ATTR-CM</a> publiziert.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 28.2.2026.</p> |       |   |    |       |

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

| Präparat   | Menge              | ATC-Code | Streichung mit |
|--|--------------------|----------|----------------|
| <b>Apo-go 10 mg/ml Inj.-/Inf.lsg. Amp.</b>   | 50 Stk.            | N04BC07  | 01.03.2021     |
| <b>Aripiprazol "Accord Healthcare" 15 mg Tabl.</b>                                 | 14 Stk.<br>30 Stk. | N05AX12  | 01.03.2021     |
| <b>Aripiprazol "Accord Healthcare" 30 mg Tabl.</b>                                 | 14 Stk.<br>30 Stk. | N05AX12  | 01.03.2021     |
| <b>Atorvastatin "HCS" 20 mg Filmtabl.</b>  | 30 Stk.            | C10AA05  | 01.03.2021     |
| <b>Atorvastatin "HCS" 40 mg Filmtabl.</b>  | 30 Stk.            | C10AA05  | 01.03.2021     |
| <b>Azithromycin "Arcana" 200 mg/5 ml Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen</b> | 15 ml<br>30 ml     | J01FA10  | 01.03.2021     |
| <b>Bezafibrat "ratiopharm" retard 400 mg Filmtabl.</b>                             | 30 Stk.            | C10AB02  | 01.03.2021     |

| Präparat   | Menge   | ATC-Code | Streichung mit |
|--|---|----------|----------------|
| Bicalutamid "1A Pharma" 150 mg Filmtabl.                   | 30 Stk.   | L02BB03  | 01.03.2021     |
| Bicalutamid "Sandoz" 150 mg Filmtabl.                      | 30 Stk.   | L02BB03  | 01.03.2021     |
| Bisoprolol/HCT "Sandoz" 5 mg/12,5 mg Filmtabl.             | 20 Stk.<br>30 Stk.  | C07BB07  | 01.03.2021     |
| Buprenocan 35 mcg/h transdermales Pflaster                 | 8 Stk.  | N02AE01  | 01.03.2021     |
| Buprenorphin "1A Pharma" 35 mcg/h transdermales Pflaster   | 4 Stk.<br>8 Stk.  | N02AE01  | 01.03.2021     |
| Buprenorphin "1A Pharma" 52,5 mcg/h transdermales Pflaster | 4 Stk.<br>8 Stk.  | N02AE01  | 01.03.2021     |
| Buprenorphin "1A Pharma" 70 mcg/h transdermales Pflaster   | 8 Stk.  | N02AE01  | 01.03.2021     |
| Cefuroxim "Hexal" 250 mg Filmtabl.                         | 14 Stk.   | J01DC02  | 01.03.2021     |
| Citalopram "Arcana" 10 mg Filmtabl.                        | 14 Stk.<br>28 Stk.  | N06AB04  | 01.03.2021     |
| Citalopram "Arcana" 20 mg Filmtabl.                        | 14 Stk.<br>28 Stk.  | N06AB04  | 01.03.2021     |
| Citalopram "Arcana" 40 mg Filmtabl.                        | 14 Stk.<br>28 Stk.  | N06AB04  | 01.03.2021     |
| Diabetalan 30 mg Tabl.                                     | 30 Stk.   | A10BG03  | 01.03.2021     |
| Diabetormin 1000 mg Filmtabl.                              | 20 Stk.<br>60 Stk.  | A10BA02  | 01.03.2021     |
| Enalapril/Lercanidipin "Stada" 10 mg/10 mg Filmtabl.       | 30 Stk.   | C09BB02  | 01.03.2021     |
| Enalapril/Lercanidipin "Stada" 20 mg/10 mg Filmtabl.       | 30 Stk.   | C09BB02  | 01.03.2021     |
| Escitalopram "Hexal" 5 mg Filmtabl.                        | 10 Stk.<br>30 Stk.  | N06AB10  | 01.03.2021     |
| Farlutal Depot 500 mg Stechamp.                            | 3 Stk.  | L02AB02  | 01.03.2021     |
| Fentanyl "Sandoz" 25 mcg/h transdermales Matrixpflaster    | 5 Stk.<br>10 Stk.   | N02AB03  | 01.03.2021     |
| Fentanyl "Sandoz" 100 mcg/h transdermales Matrixpflaster   | 5 Stk.<br>10 Stk.   | N02AB03  | 01.03.2021     |
| Glimepirid "Sandoz" 2 mg Tabl.                             | 30 Stk.   | A10BB12  | 01.03.2021     |
| Hydromorphon "Hexal" 4 mg Retardtabl.                      | 10 Stk.<br>30 Stk.  | N02AA03  | 01.03.2021     |
| Inegy 10 mg/10 mg Tabl.                                    | 30 Stk.   | C10BA02  | 01.03.2021     |
| Lactulose "Hexal" 670 mg/ml Lsg. zum Einnehmen             | 200 ml  | A06AD11  | 01.03.2021     |
| Lansohexal 30 mg Hartkaps.                                 | 28 Stk.   | A02BC03  | 01.03.2021     |
| Meloxicam "G.L." 7,5 mg Tabl.                              | 10 Stk.<br>30 Stk.  | M01AC06  | 01.03.2021     |
| Octagam 100 mg/ml Inf.lsg.                                 | 1 Stk.<br>2 g/20 ml<br>1 Stk.<br>5 g/50 ml<br>1 Stk.<br>10 g/100 ml | J06BA02  | 01.03.2021     |

| Präparat   | Menge   | ATC-Code | Streichung mit |
|--|---|----------|----------------|
|  | 1 Stk.<br>20 g/200 ml   |          |                |
| Octagam 5 % Inf.lsg.   | 1 Stk.<br>1 g/20 ml<br>1 Stk.<br>2,5 g/50 ml<br>1 Stk.<br>5 g/100 ml<br>1 Stk.<br>10 g/200 ml | J06BA02  | 01.03.2021     |
| Olanzapin "Sandoz" 10 mg Schmelztabl.  | 28 Stk.   | N05AH03  | 01.03.2021     |
| Olanzapin "Sandoz" 15 mg Schmelztabl.  | 7 Stk.<br>28 Stk.   | N05AH03  | 01.03.2021     |
| Omeprazol "Alternova" 20 mg magensaftresistente Kaps.                                      | 30 Stk.   | A02BC01  | 01.03.2021     |
| Optiray 300 mg J/ml (nichtionische) parenterale Röntgenkontrastmittellsg. Fertigspr. 50 ml | 1 Stk.  | V08AB07  | 01.03.2021     |
| Pregabalin "Mylan" 25 mg Hartkaps.   | 14 Stk.<br>56 Stk.  | N03AX16  | 01.03.2021     |
| Pregabalin "Mylan" 50 mg Hartkaps.   | 21 Stk.<br>84 Stk.  | N03AX16  | 01.03.2021     |
| Pregabalin "Mylan" 75 mg Hartkaps.   | 14 Stk.<br>56 Stk.  | N03AX16  | 01.03.2021     |
| Pregabalin "Mylan" 100 mg Hartkaps.  | 21 Stk.<br>84 Stk.  | N03AX16  | 01.03.2021     |
| Pregabalin "Mylan" 150 mg Hartkaps.  | 14 Stk.<br>56 Stk.  | N03AX16  | 01.03.2021     |
| Pregabalin "Mylan" 200 mg Hartkaps.  | 21 Stk.<br>84 Stk.  | N03AX16  | 01.03.2021     |
| Pregabalin "Mylan" 300 mg Hartkaps.  | 14 Stk.<br>56 Stk.  | N03AX16  | 01.03.2021     |
| Rabeprazol "Krka" 20 mg magensaftresistente Tabl.  | 10 Stk.   | A02BC04  | 01.03.2021     |
| Ranitidin "ratiopharm" 150 mg Filmtabl.  | 20 Stk.<br>50 Stk.  | A02BA02  | 01.03.2021     |
| Ranitidin "ratiopharm" 300 mg Filmtabl.  | 10 Stk.<br>30 Stk.  | A02BA02  | 01.03.2021     |
| Tirizin 10 mg Filmtabl.  | 10 Stk.<br>30 Stk.  | R06AE07  | 01.03.2021     |

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

| Präparat   | Menge   | T | OP  | KVP €        |
|--|---------|---|-----|--------------|
| <b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>  |         |   |     |              |
| <b>B01AC22 Prasugrel</b>   |         |   |     |              |
| Prasulan 10 mg Filmtabl.   | 30 Stk. | - | (2) | <b>18,20</b> |
| <i>IND: Zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse in Kombination mit Acetylsalicylsäure (ASS) bei PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris, Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkt oder ST-Strecken-Hebungsinfarkt) mit primärer oder verzögerter perkutaner Koronarintervention (PCI) für maximal zwölf Monate.</i> |         |   |     |              |
| Streichung der 10 Stk.-Packung   |         |   |     |              |

| Präparat                       | Menge   | T  | OP | KVP €        |
|--------------------------------|---------|----|----|--------------|
| <b>N04 ANTIPARKINSONMITTEL</b> |         |    |    |              |
| <b>N04BC06 Cabergolin</b>      |         |    |    |              |
| <b>Cabaseril 2 mg Tabl.</b>    | 30 Stk. | T2 | -  | <b>62,75</b> |
| Streichung der 15 Stk-Packung  |         |    |    |              |

### Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich

| Präparat  | Menge   | T       | OP | KVP € |             |
|---|---|---------|----|-------|-------------|
| <b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>   |   |         |    |       |             |
| <b>N06DA02 Donepezil</b>  |   |         |    |       |             |
| RE2<br>L6   | <b>Donepezil HCl "Sandoz" 5 mg Schmelztabl.</b> | 10 Stk. | -  | (2)   | <b>6,35</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Zu Therapiebeginn muss das Ergebnis der MMSE (Mini-Mental State Examination) größer bzw. gleich 10 betragen.</li> <li>- Vergewisserung für das Vorhandensein einer Betreuungsperson zur Sicherung der Compliance.</li> <li>- Eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin ist nach Erreichung der Erhaltungsdosis durchzuführen.</li> <li>- Die Behandlung ist nur bei Ansprechen auf die Therapie weiterzuführen.</li> <li>- Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch den/die o.a. Facharzt/Fachärztin mittels einer MMSE durchzuführen.</li> <li>- Die Therapie mit Donepezil ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Donepezil darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Donepezil eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul> |   |         |    |       |             |
| Streichung der 30 Stk.-Packung  |   |         |    |       |             |

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich

| Präparat   | Menge                           | T        | OP | KVP € |                 |
|--|---------------------------------|----------|----|-------|-----------------|
| <b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>  |                                 |          |    |       |                 |
| <b>L01EC03 Encorafenib</b>   |                                 |          |    |       |                 |
| RE1  | <b>Braftovi 75 mg Hartkaps.</b> | 42 Stk.  | -  | -     | <b>1.070,65</b> |
|  |                                 | 168 Stk. | -  | -     | <b>4.208,65</b> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Erwachsenen mit BRAF-V600-Mutation positivem (nicht resezierbarem oder metastasiertem) Melanom in Kombination mit Binimetinib. Für PatientInnen, deren Erkrankung unter einer vorhergehenden Therapie mit einem BRAF-Inhibitor fortschritt, liegen nur begrenzte Daten vor, weshalb für diese PatientInnen andere Behandlungsoptionen in Betracht gezogen werden sollten.</li> <li>- Bei Erwachsenen mit BRAF-V600E-Mutation positivem metastasiertem Kolorektalkarzinom in Kombination mit Cetuximab nach Versagen einer systemischen Therapie.</li> </ul> <p>Nachweis einer BRAF-V600-Mutation (Melanom) bzw. BRAF-V600E-Mutation (Kolorektalkarzinom) mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch onkologisch spezialisierte FachärztInnen.</p> |                                 |          |    |       |                 |

| Präparat   |  | Menge   | T | OP | KVP €           |
|--|--|---------|---|----|-----------------|
| <b>L01ED04 Brigatinib</b>  |  |         |   |    |                 |
| RE1  | <b>Alunbrig 30 mg Filmtabl.</b>                | 28 Stk. | - | -  | <b>1.053,30</b> |
| RE1  | <b>90 mg Filmtabl.</b>                         | 28 Stk. | - | -  | <b>3.110,50</b> |
| RE1  | <b>180 mg Filmtabl.</b>                        | 28 Stk. | - | -  | <b>4.139,10</b> |
| RE1  | <b>90 mg + 180 mg Filmtabl. Starterpackung</b> | 28 Stk. | - | -  | <b>4.139,10</b> |
| <p>Bei Erwachsenen mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem, Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden</li> <li>– als Zweitlinientherapie nach Vorbehandlung mit einem ALK-Inhibitor.</li> </ul> <p>Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode.</p> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.</p> |  |         |   |    |                 |