



# THERAPIE Tipps

Informationen für Vertragspartnerinnen  
und Vertragspartner

Im Fokus

## Exforge – Streichung aus dem Erstattungskodex

Mit Juli 2021 wird die Arzneispezialität Exforge Filmtabletten in allen Wirkstoffstärkenkombinationen (Wirkstoffkombination Valsartan und Amlodipin) aus dem Erstattungskodex (EKO) gestrichen.

Als Alternative stehen weiterhin zahlreiche frei verschreibbare Nachfolgepräparate im Grünen Bereich des EKO zur Verfügung, von denen bis zu drei Packungen ohne Vorabewilligung rezeptiert werden können. Wir ersuchen Sie daher, die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise zu beachten und ausschließlich die im EKO gelisteten Nachfolgepräparate zu verordnen.

Einen stets aktuellen Überblick geben das Online-Infotool ([www.erstattungskodex.at](http://www.erstattungskodex.at)) und die App EKO2go.

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Juli 2021

Informationsstand Juli 2021

**ROT** → **GRÜN**

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN</b>				
<b>R03AK14 Indacaterol und Mometason</b>				
Aectura Breezhaler 125 mcg/62,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inhal. <b>PM</b>	10 Stk.	-	-	<b>10,35</b>
	30 Stk.	-	(3)	<b>29,30</b>
125 mcg/127,5 mcg Hartkaps. Plv. zur Inhal. <b>PM</b>	10 Stk.	-	-	<b>10,35</b>
	30 Stk.	-	(3)	<b>29,30</b>



Österreichische  
Gesundheitskasse

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>Aectura Breezhaler</b>	10 Stk.	-	-	<b>10,35</b>
<b>125 mcg/260 mcg Hartkaps. Plv. zur Inhal. (PM)</b>	30 Stk.	-	(3)	<b>29,30</b>
<b>IND:</b> Mittelschweres bis schweres Asthma bei PatientInnen ab 12 Jahren, die mit inhalativen Corticosteroiden und inhalativen, kurzwirksamen Beta2-Agonisten nicht ausreichend kontrolliert sind.				
Für stabil eingestellte Patientinnen und Patienten ist mit Aectura erstmalig eine Dreimonatsversorgung eines langwirksamen Beta2-adrenergen Agonisten (LABA) in fixer Kombination mit einem inhalativen synthetischen Corticosteroid (ICS) mit OP 3 bei der gegebenen Voraussetzung (IND) frei verschreibbar.				

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRAKTIONSTRAKT</b>					
<b>R07AX32 Ivacaftor, Tezacaftor und Elexacaftor</b>					
RE1 L6	<b>Kaftrio 75 mg/50 mg/100 mg Filmtabl. (PM)</b>	56 Stk.	-	-	<b>10.226,80</b>
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor 150 mg Tabl. 28 Stück bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 12 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine Minimalfunktions (MF)-Mutation aufweisen. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul>					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor in Kombination mit Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).					
Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.					
Die Kombinationsbehandlung von Kaftrio mit Kalydeco 150 mg kostet 17.478,05 Euro (Listenpreis) für vier Wochen.					
<b>S01 OPHTHALMIKA</b>					
<b>S01ED51 Timolol, Kombinationen</b>					
RE2	<b>Fixapost 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf. Einzeldosen</b>	30 Stk.	-	(3)	<b>20,40</b>
Glaukom bei Konservierungsmittelallergie oder -unverträglichkeit					
Fixapost ist das erste Kombinationspräparat im EKO mit den Wirkstoffen Timolol und Latanoprost in Einzeldosen.					

### Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Aleptan 2 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.07.2021
<b>Aleptan 4 mg Filmtabl.</b>	10 Stk. 60 Stk.	N05AX08	01.07.2021
<b>Arca-Be Drag.</b>	20 Stk. 90 Stk.	A11DB	01.07.2021
<b>Delta Hädensa Salbe</b>	10 g	C05AA04	01.07.2021
<b>Exforge 5 mg/80 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	C09DB01	01.07.2021
<b>Exforge 5 mg/160 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	C09DB01	01.07.2021
<b>Exforge 10 mg/160 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	C09DB01	01.07.2021
Monatlich werden noch ca. 40.000 Packungen von Exforge mit den SV-Trägern abgerechnet. Es gilt hier, die betroffenen Patientinnen und Patienten umgehend auf eines der wirkstoffidenten EKO-Präparate umzustellen.			
<b>Glimepirid "ratiopharm" 4 mg Tabl.</b>	30 Stk.	A10BB12	01.07.2021
<b>Meglucon "Sandoz" 850 mg Filmtabl.</b>	30 Stk. 100 Stk.	A10BA02	01.07.2021
<b>Montelukast "Sandoz" 4 mg Gran.</b>	30 Stk.	R03DC03	01.07.2021
<b>Nimvastid 1,5 mg Schmelztabl.</b>	28 Stk. 56 Stk.	N06DA03	01.07.2021
<b>Sumatriptan "Hexal" 100 mg Tabl.</b>	2 Stk.	N02CC01	01.07.2021
<b>Valsartan "+pharma" 80 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	C09CA03	01.07.2021

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Valsartan "+pharma" 160 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.07.2021
Valsartan "Genericon" 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.07.2021
Valsartan "Genericon" 160 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.07.2021
Valsartan "Genericon" 320 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.07.2021

#### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>				
<b>B01AB05 Enoxaparin</b>				
Inhixa 2.000 IE (20 mg)/0,2 ml Inj.lsg. Fertigspr.	10 Stk.	-	-	<b>12,85</b>
6.000 IE (60 mg)/0,6 ml Inj.lsg. Fertigspr.	10 Stk.	-	-	<b>31,40</b>
	30 Stk.	-	-	<b>86,10</b>
8.000 IE (80 mg)/0,8 ml Inj.lsg. Fertigspr.	10 Stk.	-	-	<b>40,50</b>
	30 Stk.	-	-	<b>114,70</b>
Jeweils Streichung der 6 Stk.-Pkg.				
<b>B01AC22 Prasugrel</b>				
Prasulan 5 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.-Pkg.				
<b>D05 ANTIPSORIATIKA</b>				
<b>D05AX02 Calcipotriol</b>				
Psorcutan Creme	30 g	-	(2)	<b>16,15</b>
	100 g	-	-	<b>43,60</b>
	120 g	-	-	<b>43,60</b>
Salbe	30 g	-	(2)	<b>16,15</b>
	100 g	-	-	<b>43,60</b>
	120 g	-	-	<b>43,60</b>
D				
Jeweils Aufnahme einer Packungsgröße zu 120 g, Streichung der 100 g-Pkg. per 1.9.2021 (Abverkaufsfrist bis 31.8.2021). Die 30 g-Pkg. bleibt unverändert.				

**Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA</b>				
<b>A07FA Mikrobielle Antidiarrhoika</b>				
<b>Bioflair Kaps.</b> vormals Bioflorin Kaps.	20 Stk.	-	(2)	<b>4,80</b>

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>M01 ANTIPHLOGISTIKA UND ANTIRHEUMATIKA</b>				
<b>M01AH05 Etoricoxib</b>				
RE1   <b>Arcoxia 30 mg Filmtabl.</b>	28 Stk.	-	-	<b>25,90</b>
<p>Zur Behandlung der schmerzhaften Osteoarthrose bei PatientInnen über dem 65. Lebensjahr</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mit Ulcus in der Anamnese oder</li> <li>- mit Antikoagulation;</li> </ul> <p>nicht in Verbindung mit Magenschutz, nicht in Kombination mit anderen NSAR, nicht bei gleichzeitiger ASS-Dauertherapie, nicht bei PatientInnen mit Hypertonie, deren Blutdruck anhaltend über 140/90 mm Hg erhöht und nicht ausreichend eingestellt ist, nicht bei koronarer Herzkrankheit und nicht bei cerebrovaskulären Erkrankungen.</p> <p>Arcoxia sollte in der niedrigst wirksamen Dosierung und kürzest möglichen Therapiedauer eingesetzt werden (maximal 6 Monate).</p>				
Streichung der 7 Stk.-Pkg.				

## Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRAKTIONSTRAKT</b>					
<b>R07AX02 Ivacaftor</b>					
RE1 L6	<b>Kalydeco 150 mg Filmtabl. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span></b>	28 Stk.	-	-	<b>7.251,25</b>
<p>Als Kombinationsbehandlung mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor 75 mg/100 mg/150 mg Tabletten bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 12 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine Minimalfunktions (MF)-Mutation aufweisen.</p> <p>Als Kombinationsbehandlung mit Tezacaftor/Ivacaftor 100 mg/150 mg Tabletten bei PatientInnen mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) ab 12 Jahren, die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind oder heterozygot für die F508del-Mutation und eine der folgenden Mutationen im CFTR-Gen aufweisen: P67L, R117C, L206W, R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G und 3849+10kbC→T.</p> <p>Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsatz nur bei PatientInnen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• mehrmaligen pulmonalen Exazerbationen oder</li> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> </li> <li>- Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der zystischen Fibrose erfolgen.</li> <li>- Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</li> <li>- Leberfunktionstests (ALT, AST und Bilirubin) und Bestimmung von Chymotrypsin im Stuhl sind vor Beginn der Behandlung, alle 3 Monate im ersten Jahr der Behandlung und danach zumindest jährlich durchzuführen.</li> <li>- Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</li> <li>- Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</li> <li>- Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion bei der Anzahl pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ivacaftor sowohl in Kombination mit Ivacaftor/Tezacaftor/Elexacaftor als auch in Kombination mit Tezacaftor/Ivacaftor eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 30.6.2026.</p>					
Erweiterung um die Anwendung zusammen mit Kaftrio.					

## 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.
- D.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- 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.
- T.....Teilbarkeit

### Impressum

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

[www.gesundheitskasse.at/impressum](http://www.gesundheitskasse.at/impressum)

Kontakt: ÖGK, Medizinische Behandlungsökonomie

Telefon: 05 0766-112597

E-Mail: [office.mboe@oegk.at](mailto:office.mboe@oegk.at)

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