

Nr. 178 / Februar 2020

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2020

Informationsstand Februar 2020

**ROT** → **GRÜN**

### Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>N02 ANALGETIKA</b>					
<b>N02CC06 Eletriptan</b>					
Eletop 40 mg Filmtabl.	2 Stk.	-	(2)	5,85	5,80
	6 Stk.	-	-	16,85	16,25
	10 Stk.	-	-	16,85	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
<i>IND: Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin</i>					
Eletop ist das erste Nachfolgepräparat zu Relpax mit einem Preisvorteil von ca. 50 % und einer zusätzlichen Packungsgröße.					

### 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 "Genericon" 5 mg/5 mg/12,5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	8,25
Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 5 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	8,25
Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/5 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	8,25
Ramipril/Amlodipin/HCT "Genericon" 10 mg/10 mg/25 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	8,25

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Jänner 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 €
Für die „Polypill“ mit den Wirkstoffen Ramipril, Amlodipin und HCT und individuellen Wirkstärkenkombinationen gilt:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• einfache Einnahme</li> <li>• weniger Rezeptgebühren für die Patientinnen und Patienten</li> <li>• bessere Compliance</li> <li>• Wirtschaftlichkeit für die SV-Träger</li> </ul>				
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10BA06 Rosuvastatin und Ezetimib</b>				
<b>Ezerosu 10 mg/5 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(3)	<b>12,70</b>
<b>Ezerosu 10 mg/10 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(3)	<b>12,70</b>
<b>Ezerosu 10 mg/20 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(3)	<b>12,70</b>
<b>Ezerosu 10 mg/40 mg Filmtabl.</b>	30 Stk.	-	(3)	<b>12,70</b>
Ezerosu ist nach Rosamib ein weiteres Kombinationspräparat von Ezetimib und Rosuvastatin und bietet in der Dosierung von 10 mg/40 mg eine zusätzliche Wirkstoffstärke.				
<b>N02 ANALGETIKA</b>				
<b>N02CD02 Galcanezumab</b>				
<b>Emgality 120 mg Inj.lsg. Fertigpen</b>	1 Stk.	-	-	<b>486,25</b>
<p><b>IND:</b> Als Migräneprophylaxeversuch bei Erwachsenen, wenn zuvor zumindest drei medikamentöse Migräneprophylaxeversuche von ausreichender Dauer zu keinem klinisch relevanten Ansprechen geführt haben oder wegen therapiebegrenzender Nebenwirkungen abgebrochen wurden oder wegen Kontraindikationen nicht verwendet werden können.</p> <p>Die Migräneprophylaxe mit Galcanezumab ist nach drei Monaten und im weiteren Verlauf regelmäßig zu kontrollieren und nur bei ausreichendem Ansprechen (Reduktion der Migränetage um zumindest 50 % im Vergleich zu den drei Monaten vor Beginn der Prophylaxe mit Galcanezumab) fortzuführen.</p> <p>Das Nichtansprechen auf die vorherigen Migräneprophylaxeversuche ist mit einem Kopfschmerztagebuch zu dokumentieren, ebenso wie die drei Monate vor Beginn und die ersten drei Monate der Migräneprophylaxe mit Galcanezumab sowie die drei Monate vor jeder weiteren Kontrolle.</p> <p>Indikationsstellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen des Ansprechens und der Indikationsstellung durch einen Facharzt/eine Fachärztin für Neurologie oder Neurologie und Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie.</p> <p>Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet am 31.12.2022.</p>				
Eine empfehlenswerte Übersichtsarbeit zu den bisherigen Therapiemöglichkeiten und der neuen Substanzgruppe der CGRP-Antagonisten finden Sie unter <a href="https://www.orpdl.org/durm/newsletter/osdr_articles/volume9/osdr_v9_i9.pdf">https://www.orpdl.org/durm/newsletter/osdr_articles/volume9/osdr_v9_i9.pdf</a> (Zugang am 8.1.2020): CGRP Antagonists in Migraine Prophylaxis, The Oregon State Drug Review No. 9, Dec 2019.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>N03 ANTIPILEPTIKA</b>				
<b>N03AX14 Levetiracetam</b>				
Levebon 1500 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	<b>19,95</b>
	60 Stk.		-	<b>38,95</b>
N				
Levetiracetam "ratiopharm" 1500 mg Filmtabl.	30 Stk.	T2	-	<b>19,95</b>
	60 Stk.		-	<b>38,95</b>
N				
Mit der zusätzlichen Wirkstärke bei Levebon und Levetiracetam "ratiopharm" ist auch die zugelassene Maximaldosierung von 2x 1500 mg mit geringerer Tablettenanzahl möglich.				

**ROT** → **GELB**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>H05 CALCIUMHOMÖOSTASE</b>						
<b>H05AA02 Teriparatid</b>						
RE1 L6	Movymia 20 mcg/0,08 ml Inj.lsg.	1 Stk. (2,4 ml Patr.)	-	-	217,95	<b>179,70</b>
		1 Stk. (2,4 ml Patr.+ Pen)	-	-	217,95	<b>179,70</b>
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. Erstverordnung durch Osteoporose-Ambulanz. Die maximale Therapiedauer beträgt 24 Monate. Teriparatid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). Eine antiresorptive Anschlussbehandlung ist erforderlich.						
Movymia ist nach Terrosa das zweite Nachfolgepräparat zu Forsteo.						

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>						
<b>J05AE08 Atazanavir</b>						
RE2	<b>Atazanavir "Krka" 300 mg Hartkaps.</b>	30 Stk.	-	-	228,35	<b>236,75</b>
<p>In Kombination mit niedrig dosiertem Ritonavir und anderen antiretroviralen Arzneimitteln bei HIV-1-infizierten Erwachsenen und Kindern ab 6 Jahren.</p> <p>Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p> <p>Atazanavir "Krka" ist das erste Nachfolgepräparat zu Reyataz.</p>						

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AC21 Treprostinil</b>					
RE1	<b>Trisuva 1 mg/ml Inf.lsg.</b>	10 ml	-	-	<b>940,10</b>
RE1	<b>Trisuva 2,5 mg/ml Inf.lsg.</b>	10 ml	-	-	<b>2.056,00</b>
RE1	<b>Trisuva 5 mg/ml Inf.lsg.</b>	10 ml	-	-	<b>3.727,40</b>
RE1	<b>Trisuva 10 mg/ml Inf.lsg.</b>	10 ml	-	-	<b>7.505,00</b>
<p>Als Last-line-Therapie bei Erwachsenen mit idiopathischer oder hereditärer pulmonaler arterieller Hypertonie (PAH) mit New York Heart Association (NYHA)-Funktionsklasse III nach Durchführung einer kompletten invasiven hämodynamischen Messung inklusive eines akuten Vasoreaktivitätstests, sofern mit Kombinationstherapien mit Therapiealternativen aus dem Gelbem Bereich (ATC-Code C02KX, B01AC11) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch ein spezialisiertes Zentrum durch KardiologInnen.</p> <p>Die Liste der infrage kommenden Zentren wird vom Dachverband erstellt und unter <a href="http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah">www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_pah</a> publiziert.</p> <p>Treprostinil steht nun im Gelben Bereich des EKO zur Verfügung und ist wesentlich günstiger als Remodulin.</p>					

	Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>G03 SEXUALHORMONE UND MODULATOREN DES GENITALSYSTEMS</b>					
<b>G03BA03 Testosteron</b>					
RE1	<b>Testavan 20 mg/g transdermales Gel</b>	56 Hb.	-	-	<b>43,90</b>
<p>Bei Hypogonadismus mit entsprechender klinischer Symptomatik und nachgewiesenem erniedrigten Testosteronspiegel, für den eine Testosteronsubstitution indiziert ist bei</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinefelter Syndrom</li> <li>- Zustand nach bilateraler Orchiektomie oder Trauma</li> <li>- kongenitalem Anorchismus</li> </ul> <p>Für seltene andere Formen des primären und sekundären Hypogonadismus durch angeborene oder erworbene Erkrankungen ist die Kostenübernahme im ausführlich begründeten Einzelfall bei Diagnose-stellung und Verlaufskontrollen durch ein Zentrum möglich.</p> <p>Keine Kostenübernahme bei PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes).</p> <p>Androgene können die Entwicklung eines subklinischen Prostatakarzinoms und einer benignen Prostatahyperplasie beschleunigen.</p>					
<b>L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL</b>					
<b>L01XE27 Ibrutinib</b>					
RE1	<b>Imbruvica 140 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	-	-	<b>1.719,70</b>
RE1	<b>Imbruvica 280 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	-	-	<b>3.414,70</b>
RE1	<b>Imbruvica 420 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	-	-	<b>5.109,70</b>
RE1	<b>Imbruvica 560 mg Filmtabl. (PM)</b>	28 Stk.	-	-	<b>6.804,70</b>
<p>Zur Monotherapie von erwachsenen PatientInnen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mit nicht vorbehandelter chronisch lymphatischer Leukämie (CLL) <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> </li> <li>2. mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind</li> <li>3. mit rezidiviertem oder refraktärem Mantelzell-Lymphom (MCL)</li> <li>4. mit rezidiviertem oder refraktärem Morbus Waldenström (MW)</li> </ol> <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch einen/eine hämatoonkologisch spezialisierte/n Facharzt/Fachärztin.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.1.2025.</p>					
Die laut Zulassung erforderliche Dosierung kann mit den neuen Wirkstärken mit einer Einmaldosierung umgesetzt werden.					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BB05 Apalutamid</b>					
RE1	<b>Erleada 60 mg Filmtabl. <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 0 2px;">PM</span></b>	112 Stk.	-	(2)	<b>2.990,95</b>
<p>Bei erwachsenen Männern in Kombination mit einem GnRH-Analogen zur Behandlung des nicht meta-stasierten kastrationsresistenten Hochrisiko Prostatakarzinoms,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und bei</li> <li>- einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner gleich 10 Monate und</li> <li>- einer PSA-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>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung in der Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms.</p>					

**Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:**

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
<b>Calmurid Salbe</b>	50 g	D02AE51	20.12.2019
<b>Clarithromycin "Arcana" 500 mg Filmtabl.</b>	7 Stk. 14 Stk.	J01FA09	01.02.2020
<b>Duloxetin "Mylan" 60 mg magensaftresistente Hartkaps.</b>	14 Stk. 28 Stk.	N06AX21	01.02.2020
<b>Ebixa 5 mg/Pumpenhub Lsg. zum Einnehmen</b>	50 ml	N06DX01	01.02.2020
<b>Escitalopram "Arcana" 10 mg Filmtabl.</b>	14 Stk. 28 Stk.	N06AB10	01.02.2020
<b>Gliclazid "Arcana" 30 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung</b>	30 Stk. 120 Stk.	A10BB09	01.02.2020
<b>Klacid 250 mg Filmtabl.</b>	14 Stk.	J01FA09	01.02.2020
<b>Oxybutynin "Erwo" 5 mg Tabl.</b>	20 Stk. 50 Stk.	G04BD04	07.01.2020
<b>Ramipril "Interpharm" 2,5 mg Tabl.</b>	28 Stk.	C09AA05	23.12.2019
<b>Ramipril "Interpharm" 5 mg Tabl.</b>	28 Stk.	C09AA05	23.12.2019
<b>Ramipril "Interpharm" 10 mg Tabl.</b>	28 Stk.	C09AA05	23.12.2019
<b>Ramipril/HCT "Interpharm" 5 mg/25 mg Tabl.</b>	28 Stk.	C09BA05	20.12.2019

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Seroquel XR 50 mg Retardtabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH04	01.02.2020

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN</b>				
<b>A02BC03 Lansoprazol</b>				
Lansoprazol "Arcana" 30 mg Kaps.	28 Stk.	-	-	11,50
Streichung der 14 Stk.-Pkg.				
<b>N05 PSYCHOLEPTIKA</b>				
<b>N05AE04 Ziprasidon</b>				
Ziprasidon "Pfizer" 60 mg Hartkaps.	28 Stk.	-	-	28,80
	60 Stk.	-	(2)	59,85
Austausch der 56 Stk.-Pkg. auf eine 60 Stk.-Pkg.				
<b>N05AH03 Olanzapin</b>				
Zalasta 5 mg Tabl.	28 Stk.	-	(2)	27,00
Streichung der 14 Stk.-Pkg.				
<b>N05AH04 Quetiapin</b>				
Quetiapin "Bluefish" 200 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(2)	9,25
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
Quetiapin "Bluefish" 300 mg Retardtabl.	60 Stk.	-	-	23,60
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				
Quetiapin "Bluefish" 400 mg Retardtabl.	60 Stk.	-	-	28,55
Streichung der 10 Stk.-Pkg.				

**Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:**

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06DA04 Galantamin</b>					
RE2 L6	<b>Galantamin "Krka" 16 mg Retardkaps.</b>	30 Stk.	-	(2)	<b>39,60</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 Galantamin "Krka" ist zu beenden, wenn das Ergebnis der MMSE kleiner 10 ist.</li> <li>- Galantamin "Krka" darf nicht mit anderen Arzneimitteln gegen Demenz kombiniert werden.</li> <li>- Galantamin "Krka" eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>					
Streichung der 14 Stk.-Pkg.					

**Info:** Dr. Jana Fischer, MSc  
 Telefon: 05 0766-126110  
 E-mail: jana.fischer@oegk.at