

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2020

Informationsstand Dezember 2020

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A10 ANTIDIABETIKA					
A10BX02 Repaglinid					
Repaglinid "Accord" 0,5 mg Tabl.	30 Stk. 90 Stk.	- -	- (3)	0,85 2,55	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
1 mg Tabl.	90 Stk.	-	(3)	5,00	Erstanbieter nicht mehr verfügbar
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN					
C10AA04 Fluvastatin					
Fluvastatin "Accord" 80 mg Retardtabl.	30 Stk.	-	(3)	5,35	1,31
H05 CALCIUMHOMÖOSTASE					
H05BX01 Cinacalcet					
Cinacalcet "Aristo" 30 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	48,35	174,87 Erstanbieter in RE2
60 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	76,80	321,27 Erstanbieter in RE2
90 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(2)	102,85	420,36 Erstanbieter in RE2
<i>IND: Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch NephrologInnen oder EndokrinologInnen</i>					
Cinacalcet "Aristo" ist nach Cinglan und Cinacalcet "Stada" ein weiteres Nachfolgepräparat zu Mimpara.					
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BA03 Fulvestrant					
Fulvestrant "EVER Pharma" 250 mg Inj.lsg.	2 Stk.	-	-	179,05	385,90**
<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>					
Im Vergleich zu Faslodex ist Fulvestrant "EVER Pharma" deutlich kostengünstiger.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 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 €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
N02 ANALGETIKA					
N02CC06 Eletriptan					
Eletop 20 mg Filmtabl.	2 Stk.	-	(2)	4,20	4,20
	6 Stk.	-	-	12,25	11,45
	10 Stk.	-	-	16,85	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
<i>IND: Migräne nach Erstverordnung durch einen Neurologen/eine Neurologin</i>					
Bereits im Februar wurde die Wirkstärke zu 40 mg in den EKO aufgenommen.					
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07XX06 Tetrabenazin					
Tetrabenazin "Aristo" 25 mg Tabl.	112 Stk.	T2	-	123,30	115,90 Erstanbieter nicht im EKO
<i>IND: als Zweitlinientherapie</i>					
Tetrabenazin "Aristo" ist das erste Präparat mit diesem Wirkstoff im EKO.					

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM				
C09BB07 Ramipril und Amlodipin				
Ramipril/Amlodipin "Stada"				
5 mg/5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	6,20
5 mg/10 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	6,20
10 mg/5 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	6,20
10 mg/10 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	6,20
Ca. 20.000 Packungen werden monatlich von Kombinationspräparaten mit Ramipril und Amlodipin mit den SV-Trägern abgerechnet. Dies unterstreicht die hohe Akzeptanz dieser Wirkstoffkombination.				
H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
H02AB09 Hydrocortison				
Alkindi 0,5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	50 Stk..	-	-	37,20
1 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	50 Stk..	-	-	72,15
2 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	50 Stk..	-	-	130,60
5 mg Gran. zur Entnahme aus Kaps.	50 Stk..	-	-	289,20
F14				

ROT → **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG						
J02AC04 Posaconazol						
RE2	Posaconazol "Stada" 100 mg magensaftresistente Tabl.	24 Stk. 96 Stk.	- -	- -	195,25 704,65	619,95 2.391,40 Erstanbieter in RE1
<p>1. Zur Behandlung folgender invasiver Pilzinfektionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invasive Aspergillose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol bzw. Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Fusariose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B und Voriconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben, - Chromoblastomykose und Myzetom bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Itraconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diesen Wirkstoff haben, - Kokzidioidomykose bei Erwachsenen, deren Erkrankung therapierefraktär gegenüber Amphotericin B, Itraconazol und Fluconazol ist oder die eine Unverträglichkeit gegen diese Wirkstoffe haben. <p>2. Zur Prophylaxe invasiver Pilzkrankungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erwachsene, die eine Remissions-induzierende Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie (AML) oder myelodysplastischen Syndromen (MDS) erhalten, die erwartungsgemäß zu einer längerfristigen Neutropenie führt, und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht, - erwachsene EmpfängerInnen einer hämatopoetischen Stammzelltransplantation (HSCT), die eine Hochdosis-Immunsuppressions-Therapie bei einem Graft-versus-Host-Syndrom (GVHD) erhalten und bei denen ein hohes Risiko für die Entwicklung invasiver Aspergillosen besteht. <p>Diagnosestellung, Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der Behandlung von invasiven therapieresistenten Pilzinfektionen</p> <p>Da die generischen Posaconazol Präparate nur einen Bruchteil von Noxafil kosten, sind sie im Hellgelben Bereich (RE2) gelistet.</p>						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01XX52 Venetoclax					
RE1	Venclyxto 10 mg Filmtabl.	14 Stk.	-	-	83,05
RE1	50 mg Filmtabl.	7 Stk.	-	-	185,75
RE1	100 mg Filmtabl.	7 Stk. 14 Stk. 112 Stk.	- - -	- - -	353,00 671,45 5.198,90

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>1. Zur Kombinationstherapie mit Obinutuzumab von Erwachsenen mit nicht vorbehandelter chronischer lymphatischer Leukämie (CLL)</p> <ul style="list-style-type: none"> – die für eine Fludarabin-basierte Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind oder – die aufgrund einer 17p-Deletion oder einer TP53-Mutation für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind. <p>2. Zur Kombinationstherapie mit Rituximab von Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer CLL, die für eine Chemoimmunotherapie nicht geeignet sind.</p> <p>3. Zur Monotherapie von Erwachsenen mit CLL</p> <ul style="list-style-type: none"> – die eine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und die entweder für eine Behandlung mit einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs nicht geeignet oder therapierefraktär sind oder – die keine 17p-Deletion oder TP53-Mutation aufweisen und sowohl unter einer Chemoimmunotherapie als auch unter einem Inhibitor des B-Zell-Rezeptor-Signalwegs therapierefraktär sind. <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-) OnkologInnen. Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.11.2025.</p>				
L02 ENDOKRINE THERAPIE				
L02BB06 Darolutamid				
RE1	Nubeqa 300 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	-	(2) 2.951,90
<p>In Kombination mit einem GnRH-Analogen bei nicht metastasiertem kastrationsresistenten Hochrisiko-Prostatakarzinom</p> <ul style="list-style-type: none"> – ohne nachweisbare Metastasen im CT/MRT und in der Knochenszintigraphie und – bei einer Verdopplungszeit des Serum-PSA kleiner gleich 10 Monate <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung, Zentrum bzw. durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung des kastrationsresistenten Prostatakarzinoms. Eine Kastrationsresistenz liegt vor bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> – einer PSA- oder radiographischen Progression und – 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 – einem Serum-Testosteronwert im Kastrationsbereich (kleiner 50 ng/dl) <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 30.11.2025</p>				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Alendronsäure "Sandoz" 70 mg einmal wöchentlich Filmtabl.	4 Stk.	M05BA04	01.12.2020
Bimatoprost "Sandoz" 300 mcg/ml Augentropf.	3 ml	S01EE03	01.12.2020
Diabetalan 45 mg Tabl.	30 Stk.	A10BG03	01.12.2020
Enapril 5 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA02	01.12.2020
Enapril 10 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA02	01.12.2020
Enapril 20 mg Tabl.	30 Stk.	C09AA02	01.12.2020

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Fluoxetin "Genericon" 20 mg/5 ml orale Lsg.	70 ml	N06AB03	23.10.2020
Glimepirid "ratiopharm" 1 mg Tabl.	30 Stk.	A10BB12	01.12.2020
Isoptin 80 mg Drag.	20 Stk. 50 Stk.	C08DA01	01.12.2020
Lanoc 100 mg Tabl.	20 Stk. 50 Stk.	C07AB02	01.12.2020
Lansoprazol "Arcana" 15 mg Kaps.	28 Stk.	A02BC03	01.12.2020
Metformin "Arcana" 850 mg Filmtabl.	30 Stk. 100 Stk.	A10BA02	01.12.2020
Rosuvastatin "Mylan" 5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2020
Rosuvastatin "Mylan" 10 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2020
Rosuvastatin "Mylan" 20 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2020
Rosuvastatin "Mylan" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2020
Vemlidy 25 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AF13	01.12.2020
Verapabene retard 240 mg Filmtabl.	30 Stk.	C08DA01	01.12.2020

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A10 ANTIDIABETIKA				
A10BX02 Repaglinid				
Repaglinid "Accord" 2 mg Tabl.	90 Stk.	-	(3)	9,35
Änderung der Verschreibbarkeit auf OP 3				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A05 GALLEN- UND LEBERTHERAPIE				
A05AA04 Obeticholsäure				
RE1 Ocaliva 5 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	-	-	2.787,85
RE1 10 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	-	-	2.787,85

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit primärer biliärer Cholangitis (PBC)</p> <ul style="list-style-type: none"> – in Kombination mit Ursodeoxycholsäure (UDCA), bei medizinisch nicht ausreichendem Ansprechen (Alkalische Phosphatase (AP) größer gleich 1,67 x Obergrenze Normalbereich) auf UDCA über mindestens 12 Monate in der höchsten zugelassenen UDCA-Dosierung (13-15 mg/kg Körpergewicht/Tag) oder – als Monotherapie bei dokumentierter Unverträglichkeit von UDCA. <p>Die Behandlung mit Obeticholsäure (OCA) kann nur fortgesetzt werden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – einen Monat nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion und – drei Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer gleich 10 % und – 12 Monate nach Behandlungsbeginn eine AP-Reduktion größer gleich 20 % <p>(jeweils gegenüber dem Ausgangswert vor Beginn der Therapie mit OCA) erreicht wurde.</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein auf PBC spezialisiertes Zentrum durch GastroenterologInnen.</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet mit 31.12.2025.</p>					
Die Befristung wurde auf 31.12.2025 verlängert.					
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL					
A16AX14 Migalastat					
RE1 L6	Galafold 123 mg Hartkaps. PM	14 Stk.	-	-	16.159,95
<ul style="list-style-type: none"> – Zur Monotherapie bei PatientInnen ab 16 Jahren mit gesicherter Diagnose eines Morbus Fabry (alpha-Galaktosidase A-Mangel) und nur bei Vorliegen von auf Migalastat ansprechenden GLA-Mutationen (Nachweis mittels validierter Testmethode). – Erstverordnung nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen. – Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den/die o.a. Facharzt/Fachärztin durchzuführen. – Migalastat eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
Entfall der Befristung der Aufnahme.					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
A02 MITTEL BEI SÄURE BEDINGTEN ERKRANKUNGEN					
A02BC03 Lansoprazol					
Lansohexal 15 mg Hartkaps.		7 Stk.	-	(2)	2,60
Streichung der 28 Stk-Packung					
N02 ANALGETIKA					
N02AE01 Buprenorphin					
Buprenocan 35 mcg/h transdermales Pflaster		8 Stk.	-	-	31,85
<i>IND: chronische Schmerzen, die durch starke orale Opiode nicht ausreichend behandelbar sind</i>					
SG					
Streichung der 4 Stk-Packung					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N05 PSYCHOLEPTIKA				
N05BA04 Oxazepam				
Praxiten 50 mg Tabl.	20 Stk.	-	(2)	6,65
Streichung der 100 Stk-Packung aus dem Gelben Bereich des EKO				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A16 ANDERE MITTEL FÜR DAS ALIMENTÄRE SYSTEM UND DEN STOFFWECHSEL					
A16AB10 Velaglucerase alfa					
RE1	VPRIV 400 E Plv. zur Herst. Einer Inf.lsg.	1 Stk.	-	-	1.474,15
L6		5 Stk.	-	(2)	7.272,00
<ul style="list-style-type: none"> - Bei PatientInnen mit gesicherter Diagnose des Morbus Gaucher Typ I. - Die Erstverordnung darf nur durch ein auf hereditäre Stoffwechselerkrankungen spezialisiertes Zentrum oder einen Facharzt/eine Fachärztin mit Erfahrung auf dem Gebiet von hereditären Stoffwechselerkrankungen erfolgen. - Alle 6 Monate ist eine Kontrolluntersuchung durch das o.a. Zentrum oder den o.a. Facharzt/die o.a. Fachärztin durchzuführen. - VPRIV eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6). 					
Aufnahme einer zusätzlichen Packungsgröße zu 5 Stk.					