

Nr. 8 / August 2021

## Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab August 2021

### Informationsstand August 2021

**ROT** → **GRÜN**

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

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BG03 Pioglitazon</b>					
Pioglitazone "Actavis" 15 mg Tabl.	28 Stk.	-	(3)	8,75	0,35
30 mg Tabl.	28 Stk.	-	(3)	8,75	0,35
45 mg Tabl.	28 Stk.	-	(3)	8,75	0,35
<i>IND: wenn mit Metformin keine ausreichende Blutzuckereinstellung erreicht wird</i>					
Pioglitazone "Actavis" ist das erste Pioglitazon-Präparat, von dem drei Packungen pro Rezept verschreibbar sind.					
<b>B01 ANTITHROMBOTISCHE MITTEL</b>					
<b>B01AC04 Clopidogrel</b>					
Clopidogrel "Accord" 75 mg Filmtabl.	10 Stk.	-	-	3,55	0,87
	30 Stk.	-	(3)	10,35	3,29
<i>IND: Zur Hemmung der Thrombozytenaggregation, wenn ASS nicht ausreichend oder kontraindiziert ist</i>					
<b>C03 DIURETIKA</b>					
<b>C03DA04 Eplerenon</b>					
Eplerenon "+pharma" 25 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	16,50	1,15
	30 Stk.	-	(3)	24,35	2,20
50 mg Filmtabl.	20 Stk.	-	-	16,50	1,15
	30 Stk.	-	(3)	24,35	2,20
<i>IND: Herzinsuffizienz mit linksventrikulärer Dysfunktion, wenn Spironolacton aufgrund endokriner Nebenwirkungen (Hirsutismus, Gynäkomastie) nachweislich nicht vertragen wurde</i>					
<b>L02 ENDOKRINE THERAPIE</b>					
<b>L02BA03 Fulvestrant</b>					
Fulvestrant "Accord" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	130,45	434,50**

\* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: August 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*
<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 "Mylan" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	-	-	130,45	434,50**
<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>					
<b>N06 PSYCHOANALEPTIKA</b>					
<b>N06AX16 Venlafaxin</b>					
Venlafaxin "1A Pharma GmbH" 225 mg Hartkaps., retardiert	10 Stk. 30 Stk.	- -	(2) -	3,40 10,00	Wirkstoffstärke beim Erstanbieter nicht vorhanden
<b>N06AX21 Duloxetin</b>					
Duloxetin "neuraxpharm" 30 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	-	1,90	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 14,90
	28 Stk.	-	-	3,80	Erstanbieter nicht im EKO
60 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	-	-	3,80	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden 19,20
	28 Stk.	-	-	7,60	Erstanbieter nicht im EKO
N P					
<b>N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM</b>					
<b>N07XX06 Tetrabenazin</b>					
Tetmodis 25 mg Tabl.	112 Stk.	-	-	104,10	11,55
<i>IND: als Zweitlinientherapie</i>					

### Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFJEKTIVA</b>				
<b>A07EA06 Budesonid</b>				
Budo-San 2 mg/Sprühstoß Rektalschaum	1 Stk.	-	-	76,75
<i>IND: Bei nicht adäquatem Ansprechen auf oder Intoleranz gegen topische Mesalazine (ATC-Code A07EC02)</i>				
<b>C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN</b>				
<b>C10BX05 Rosuvastatin und Acetylsalicylsäure</b>				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
RosuASS 5 mg/100 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	5,60
10 mg/100 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	5,60
20 mg/100 mg Hartkaps.	30 Stk.	-	(3)	5,60
<b>J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J01CE02 Phenoxyethylpenicillin</b>				
Ospen 1,0 Filmtabl.	12 Stk.	T2	(2)	5,40
	30 Stk.		-	11,65
1,5 Filmtabl.	12 Stk.	T2	(2)	7,10
	30 Stk.		-	15,00
Ospen 1,0 Filmtabletten lösen Ospen 1000 Filmtabletten ab, Ospen 1,5 Filmtabletten lösen Ospen 1500 ab. Die Packungsgrößen bleiben unverändert.				

**ROT** → **GELB**

### Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>A10 ANTIDIABETIKA</b>					
<b>A10BJ06 Semaglutid</b>					
RE1	<b>Ozempic 0,25 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span>	1 Stk.	-	-	104,35
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II					
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung mit Semaglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinien-Therapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich (ATC-Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) zu erfolgen.</li> <li>- Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m<sup>2</sup> begonnen werden.</li> <li>- Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.</li> <li>- Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1 % und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden.</li> <li>- Semaglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Insulin eingesetzt werden.</li> <li>- Semaglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT-2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden.</li> <li>- Semaglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden.</li> <li>- Kein Einsatz bei terminaler Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance unter 15 ml/min oder eGFR unter 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).</li> </ul>					
RE1 L6	<b>Ozempic 0,5 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span>	1 Stk.	-	-	104,35
RE1 L6	<b>1,0 mg Inj.lsg. Fertigpen</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">PM</span>	1 Stk.	-	-	104,35

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Bei PatientInnen mit Diabetes Typ II <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Behandlung mit Semaglutid hat nur als Drittlinien-Therapie nach Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten mit kostengünstigeren, oralen Erst- und Zweitlinien-Therapien aus dem EKO im Grünen und Gelben Bereich (ATC-Codes A10BA02, A10BB, A10BX02, A10BD, A10BG, A10BH, A10BK) zu erfolgen.</li> <li>- Die Therapie darf nur ab einem HbA1c-Wert von 8,0 % begonnen werden.</li> <li>- Die Behandlung darf nur ab einem Body Mass Index von 30 kg/m<sup>2</sup> begonnen werden.</li> <li>- Erstverordnung nur durch FachärztInnen für Innere Medizin mit Erfahrung auf dem Gebiet der Diabetes-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.</li> <li>- Angabe von Ausgangsgewicht, -BMI und -HbA1c bei Therapiebeginn. Die Therapie wird nach 6 Monaten evaluiert, dabei muss eine Reduktion des HbA1c um 1 % und eine Gewichtsreduktion um mindestens 3 kg gegenüber dem Ausgangswert bei Therapiebeginn erreicht werden.</li> <li>- Semaglutid darf nur in Kombination mit Metformin, einem Sulfonylharnstoff, einem Thiazolidindion und/oder Insulin eingesetzt werden.</li> <li>- Semaglutid darf nicht mit DPP-IV-Hemmern, SGLT-2-Hemmern oder Gliniden kombiniert werden.</li> <li>- Semaglutid darf nicht als Monotherapie eingesetzt werden.</li> <li>- Kein Einsatz bei terminaler Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance unter 15 ml/min oder eGFR unter 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).</li> <li>- Semaglutid eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</li> </ul>				

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

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Abacavir/Lamivudin "Aristo" 600 mg/300 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR02	01.08.2021
Andriol Testocaps 40 mg Kaps.	60 Stk.	G03BA03	01.08.2021
Aripiprazol "G.L." 15 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.08.2021
Betnovate Creme	30 g	D07AC01	01.08.2021
Bimatoprost "Stada" 100 mcg/ml Augentropf.	3 ml	S01EE03	01.08.2021
Emtricitabin/Tenofovirdisoproxil "Aristo" 200 mg/245 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AR03	01.08.2021
Fentanyl "Sandoz" 50 mcg/h transdermales Matrixpflaster	5 Stk. 10 Stk.	N02AB03	01.08.2021
Levetiracetam "Stada" 500 mg Filmtabl.	60 Stk. 100 Stk.	N03AX14	01.08.2021
Levetiracetam "Stada" 1000 mg Filmtabl.	60 Stk. 100 Stk.	N03AX14	01.08.2021
Olanzapin "Genericon" 2,5 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AH03	01.08.2021
Pentohexal retard 600 mg Tabl.	20 Stk.	C04AD03	01.08.2021
Pravastatin "1A Pharma" 30 mg Tabl.	30 Stk.	C10AA03	01.08.2021
Refobacin 120 mg Amp.	5 Stk.	J01GB03	01.08.2021
Solu-Dacortin 250 mg Trockenstechamp. m. Lsgm.	1 Stk.	H02AB06	01.08.2021
Tenofovirdisoproxil "Aristo" 245 mg Filmtabl.	30 Stk.	J05AF07	01.08.2021
Valsartan "ratiopharm" 320 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.08.2021

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Valsartan "ratiopharm" 320 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.08.2021
Valsartan "ratiopharm" 320 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.08.2021
Zolmitriptan "Stada" 2,5 mg Tabl.	3 Stk. 6 Stk.	N02CC03	01.08.2021

### Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
<b>L04 IMMUNSUPPRESSIVA</b>					
<b>L04AC16 Guselkumab</b>					
RE1 L3	Tremfya 100 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	1 Stk.	-	-	2007,50
RE1 L3	100 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	1 Stk.	-	-	2007,50
<p>Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen bei Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikation von systemischen Therapien einschließlich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA. Erstverordnung und engmaschige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung bzw. -ambulanz oder durch FachärztInnen mit Erfahrung in der Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 16 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Aktive und progressive Psoriasis-Arthritis bei Erwachsenen bei Versagen von mindestens einem DMARD (disease-modifying anti-rheumatic drug), wobei Methotrexat in ausreichender Dosierung und ausreichender Dauer verabreicht wurde. Erstverordnung und engmaschige Kontrolle durch RheumatologInnen oder durch Zentren, die berechtigt sind, solche auszubilden. Keine Fortsetzung der Behandlung von PatientInnen, die innerhalb von 24 Behandlungswochen nicht klinisch ansprechen.</p> <p>Guselkumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3). Die Indikation aktive und progressive Psoriasis-Arthritis wurde in den Regeltext aufgenommen, auch L3 wurde ergänzt..</p>					
<b>R07 ANDERE MITTEL FÜR DEN RESPIRATIONSTRAKT</b>					
<b>R07AX30 Ivacaftor und Lumacaftor</b>					
RE1 L6	Orkambi 100 mg/125 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	-	-	11.021,45
RE1 L6	200 mg/125 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	-	-	11.021,45

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
<p>– Bei PatientInnen ab 6 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <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> <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</p> <p>– Eine Diätberatung hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>– 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.</p> <p>– Lungenfunktionsparameter (FEV1) sind alle 3 Monate zu kontrollieren.</p> <p>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine vorteilhafte Entwicklung der Lungenfunktion gegenüber dem natürlichen Krankheitsverlauf eintritt oder</li> <li>• eine Reduktion der Häufigkeit pulmonaler Exazerbationen eintritt oder</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> <p>Lumacaftor/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>					
RE1 L6	<b>Orkambi 100 mg/125 mg Gran. Btl.</b> (PM)	56 Stk.	-	-	<b>10,926,10</b>
RE1 L6	<b>150 mg/188 mg Gran. Btl.</b> (PM)	56 Stk.	-	-	<b>10,926,10</b>
<p>– Bei PatientInnen von 2-5 Jahren mit zystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose), die homozygot für die F508del-Mutation im CFTR-Gen sind. Die Feststellung der Mutation muss mit einem validierten Testverfahren erfolgen.</p> <p>– Einsatz nur bei PatientInnen mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßigen Antibiotikabehandlungen oder</li> <li>• einer mittels bildgebenden Verfahren (CT oder MRT) nachgewiesenen Schädigung der Lunge vor Therapiebeginn.</li> </ul> <p>– Indikationsstellung, Erstverordnung und Therapieüberwachung müssen von einem Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung der CF erfolgen.</p> <p>– Eine Diätberatung der Angehörigen hat vor Behandlungsbeginn zu erfolgen.</p> <p>– 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.</p> <p>– Schweiß-Chlorid-Level sind vor Therapiebeginn und danach alle 6 Monate zu dokumentieren.</p> <p>– Pulmonale Exazerbationen, der Antibiotikabedarf und das Körpergewicht (BMI) sind für den Zeitraum vor Beginn der Behandlung und alle 6 Monate nach Therapiebeginn zu dokumentieren.</p> <p>– Die Therapie ist nur fortzuführen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweiß-Chlorid-Level um zumindest 15 % im Vergleich zur Baseline fallen und</li> <li>• eine altersentsprechend vorteilhafte Entwicklung des BMI eintritt.</li> </ul> <p>Lumacaftor/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> <p>Die Regeltexte von Orkambi Filmtabl. und Granulat werden an jenen von Symkevi angeglichen, die Befristungen werden verlängert.</p>					

### Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG</b>				
<b>J05AB01 Aciclovir</b>				
<b>Aciclostad 800 mg Tabl.</b>	36 Stk.	-	-	<b>75,50</b>
<i>IND: Herpes zoster in der Akutphase</i>				
Änderung der Packungsgröße von 35 Stk. auf 36 Stk.				

### Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<b>C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM</b>				
<b>C09DB01 Valsartan und Amlodipin</b>				
<b>Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/80 mg Filmtabl.</b> vormals Amlodipin/Valsartan "Krka" 5 mg/80 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	<b>6,75</b>
<b>Amlodipin/Valsartan "TAD" 5 mg/160 mg Filmtabl.</b> vormals Amlodipin/Valsartan "Krka" 5 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	<b>6,75</b>
<b>Amlodipin/Valsartan "TAD" 10 mg/160 mg Filmtabl.</b> vormals Amlodipin/Valsartan "Krka" 10 mg/160 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	<b>6,75</b>
<b>C09DX01 Valsartan, Amlodipin und Hydrochlorothiazid</b>				
<b>Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.</b> vormals Amlodipin/Valsartan/HCT "Krka" 5 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	<b>6,75</b>
<b>Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.</b> vormals Amlodipin/Valsartan/HCT "Krka" 5 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	<b>6,75</b>
<b>Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.</b> vormals Amlodipin/Valsartan/HCT "Krka" 10 mg/160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	<b>6,75</b>
<b>Amlodipin/Valsartan/HCT "TAD" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.</b> vormals Amlodipin/Valsartan/HCT "Krka" 10 mg/160 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	-	(3)	<b>6,75</b>