

Nr. 22 / Oktober 2021

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2021

Informationsstand Oktober 2021

ROT → **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostensparnis € pro Packung*
C01 HERZTHERAPIE					
C01DX16 Nicorandil					
Nicorandil "Rivopharm" 10 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	3,10	1,80
	60 Stk.		(3)	6,15	3,45
Nicorandil "Rivopharm" 20 mg Tabl.	30 Stk.	T2	-	5,15	3,00
	60 Stk.		(3)	10,00	5,65
Rund 20.000 Packungen von Nicorandil-Präparaten werden monatlich mit den SV-Trägern abgerechnet. Nicorandil "Rivopharm" ist nach Nicolan das zweite Nachfolgepräparat zu Dancor.					
C02 ANTIHYPERTONIKA					
C02CA06 Urapidil					
Uragelan 30 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	-	4,95	2,90
	60 Stk.		(3)	9,60	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
Uragelan 60 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	-	8,25	4,90
	60 Stk.		(3)	15,80	Packungsgröße beim Erstanbieter nicht vorhanden
Uragelan 90 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	-	-	10,85	Wirkstoffstärke beim
	60 Stk.		(3)	21,00	Erstanbieter nicht vorhanden

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

PM: Arzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
Uragelan ist nach Uratens das zweite Nachfolgepräparat zu Ebrantil. Wie bei Uratens sind auch 60-Stück-Packungen verfügbar, von denen bis zu drei Packungen auf einem Rezept verschreibbar sind. Erstmalig ist bei Uragelan die hohe Wirkstoffstärke zu 90 mg frei verschreibbar.					

ROT → **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL					
L01EX12 Larotrectinib					
RE1	Vitrakvi 20 mg/ml Lsg. zum Einn. PM	100 ml	-	(2)	2.171,55
RE1	Vitrakvi 25 mg Hartkaps. PM	56 Stk.	-	(2)	1.527,50
RE1	Vitrakvi 100 mg Hartkaps. PM	56 Stk.	-	(2)	6.035,95
<p>Als Monotherapie bei erwachsenen und pädiatrischen PatientInnen mit soliden Tumoren mit einer neurotrophen Tyrosin-Rezeptor-Kinase (NTRK)-Genfusion,</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei denen eine lokal fortgeschrittene oder metastasierte Erkrankung vorliegt oder eine Erkrankung, bei der eine chirurgische Resektion wahrscheinlich zu schwerer Morbidität führt und - für die keine Therapieoptionen zur Verfügung stehen, für die ein klinischer Nutzen festgestellt wurde, oder wenn diese Therapieoptionen ausgeschöpft sind (d.h. keine zufriedenstellenden Therapieoptionen). <p>Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum mit Erfahrung in der Behandlung von TumorpatientInnen mit einer NTRK-Genfusion.</p> <p>Vor Einleitung der Therapie mit Larotrectinib ist der Nachweis einer NTRK-Genfusion durch eine validierte Testmethode erforderlich. Die Einleitung einer Diagnostik zum Nachweis einer NTRK-Genfusion ist nur dann sinnvoll, wenn die Therapie mit einem TRK-Inhibitor die bestverfügbare Therapie darstellt oder der Nachweis der Fusion in histopathologisch unklaren Fällen diagnostisch wegweisend ist.</p> <p>Kontrolle des Ansprechens mittels bildgebenden Verfahrens (CT und/oder MRT) alle 3 bis 4 Monate für das erste Jahr nach Therapiebeginn mit Larotrectinib. Danach können längere Intervalle in Erwägung gezogen werden. Therapiefortsetzung nur bei gesichertem Ansprechen.</p> <p>Die PatientInnen sollen in das PatientInnenregister European Reference Network (ERN) - for adult rare solide cancers (EURACAN) aufgenommen werden.</p>					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Co-Valsax 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.10.2021
Co-Valsax 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.10.2021
Co-Valsax 160 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.10.2021
Noxafil 100 magensaftresistente Tabl.	24 Stk. 96 Stk.	J02AC04	01.10.2021
Valsartan "G.L." 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.10.2021
Valsartan "G.L." 160 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.10.2021
Valsartan/HCT "G.L." 80 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.10.2021
Valsartan/HCT "G.L." 160 mg/12,5 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.10.2021
Valsartan/HCT "G.L." 160 mg/25 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09DA03	01.10.2021
Valsax 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.10.2021
Valsax 160 mg Filmtabl.	30 Stk.	C09CA03	01.10.2021

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
D10 AKNEMITTEL				
D10BA01 Isotretinoin				
Ciscutan 5 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	10,95
Ciscutan 10 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	19,30
Ciscutan 20 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	34,20
Ciscutan 30 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	44,75
Ciscutan 40 mg Kaps.	30 Stk.	-	-	55,40
Isotretinoin ist stark teratogen. Die Anwendung ist bei schwangeren Frauen und bei Frauen, die 4 Wochen vor, während und 4 Wochen nach der Behandlung schwanger werden könnten, kontraindiziert (Schwangerschaft ausschließen).				
D				
Aus Gründen der Arzneimittelsicherheit ist nur noch eine Packung frei verschreibbar.				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Übernahme vom Gelben Bereich):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AB01 Etanercept				
Erelzi 25 mg Inj.lsg.Fertigspr. PM	4 Stk.	-	-	247,10
Erelzi 50 mg Inj.lsg.Fertigpen PM	4 Stk.	-	-	477,35
Erelzi 50 mg Inj.lsg.Fertigspr. PM	4 Stk.	-	-	477,35
<p><i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie).</i></p> <p><i>Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Etanercept wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_etanercept publiziert.</i></p>				
Erelzi ist jetzt wie die anderen Etanercept-Präparate Benepali und Enbrel im Grünen Bereich des EKO gelistet.				
L04AB02 Infliximab				
Flixabi 100 mg Plv. für ein Konz. z. Herst. einer Inf.lsg. PM	1 Stk.		-	228,95
	2 Stk.	-	-	444,10
	3 Stk.		-	653,85
<p><i>IND: Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch entsprechende Fachabteilung, -ambulanz bzw. FachärztInnen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie).</i></p> <p><i>Eine Liste mit orientierenden Kriterien für einen zweckmäßigen Einsatz des Wirkstoffs Infliximab wird vom Dachverband erstellt und unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_orientierende_kriterien_infliximab publiziert.</i></p>				
Flixabi ist nach Inflectra, Remsima und Zessly das vierte Infliximab-Biosimilar, das nunmehr in den Grünen Bereich des EKO überführt wurde.				

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA				
A07EA06 Budesonid				
RE1 Jorveza 1 mg Schmelztabl. PM	30 Stk.		-	140,90
	60 Stk.	-	-	249,65

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Bei Erwachsenen zur Behandlung der eosinophilen Ösophagitis für bis zu 12 Wochen zur Induktionstherapie sowie für bis zu weitere 48 Wochen zur Erhaltungstherapie bei PatientInnen mit langjähriger Krankengeschichte und/oder großer Ausdehnung der ösophagealen Entzündung während des akuten Krankheitszustands.</p> <p>Diagnose durch histologischen Nachweis: Mindestens 15 eosinophile Granulozyten pro hochauflösendem Gesichtsfeld (0,345 mm²) in zumindest einer Biopsie.</p> <p>Indikationsstellung, regelmäßige Kontrolle und Verordnung durch GastroenterologInnen bzw. FachärztInnen für Chirurgie, die regelmäßig Gastroskopien durchführen.</p>				
Die bestimmte Verwendung wurde um die Erhaltungstherapie erweitert.				

Änderung der Packungsgröße im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
A07 ANTIDIARRHOIKA UND INTESTINALE ANTIPHLOGISTIKA/ANTIINFEKTIVA					
A07EA06 Budesonid					
RE1	Lokelma 5 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)	28 Stk.	-	-	254,05
		30 Stk.	-	-	272,20
RE1	Lokelma 10 g Plv. zur Herst. einer Susp. zum Einnehmen (PM)	28 Stk.	-	-	373,55
		30 Stk.	-	-	398,70
<p>Bei Erwachsenen mit chronischer Niereninsuffizienz ab Stadium III (eGFR kleiner 60 ml/min/1,73 m²) und chronisch rekurrender und in wiederholten Messungen festgestellter Hyperkaliämie ab einem Serumkaliumspiegel von 5,5 mmol/l, wenn durch kaliumarme Diät und Behandlung mit Schleifendiuretika und/oder Natriumbicarbonat nicht das Auslangen gefunden wird.</p> <p>Die Therapie darf nur fortgesetzt werden, wenn nach 4 Therapiewochen ein Serumkaliumspiegel von kleiner gleich 5,1 mmol/l oder eine Senkung des Serumkaliumspiegels um mindestens 0,5 mmol/l erreicht wird.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle des Serumkaliumspiegels in den ersten 4 Therapiewochen. Bei Einsatz von Natriumzirconiumhydrogencyclohexasilikat unter Dialysebehandlung an dialysefreien Tagen, monatliche Kontrollen des Serumkaliumspiegels nach den ersten 4 Therapiewochen.</p> <p>Erstverordnung und Therapiekontrolle durch FachärztInnen für Innere Medizin.</p>					
Austausch der 28 Stk.-Pkg. gegen die 30 Stk.-Pkg.; die 28 Stk.-Pkg. wird per 1.1.2022 gestrichen.					

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