



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Oktober 2022

Informationsstand Oktober 2022

Im Fokus: Nachfolgepräparate als Motor für Innovation

Die Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Erstattungskodex und deren bevorzugte Verordnung sorgen für einen verantwortlichen Umgang mit den begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen. Während beispielsweise vor einem Jahr die Therapie mit dem Wirkstoff Lenalidomid noch monatliche Kosten von knapp 5.000 bis über 6.600 Euro pro behandelter Person mit sich gebracht hat, konnten die Behandlungskosten durch die Einführung von generischen Lenalidomid-Präparaten auf derzeit deutlich unter 500 Euro pro Monat und Person gesenkt werden. Ein zusätzlicher positiver Effekt, der perspektivisch Patientinnen und Patienten aber auch Ärztinnen und Ärzten zu Gute kommt, ist die Schaffung eines „Headroom for Innovation“ als Motor für die Entwicklung neuer Therapien.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AX04 Lenalidomid					
Lenalidomid "+pharma" 2,5 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	446,45	12,75
5 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	446,45	12,75
7,5 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	446,45	12,75
10 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	446,45	12,75
15 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	446,45	12,75
20 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	446,45	12,75
25 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	446,45	12,75
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</i>					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Oktober 2022)

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
J02 ANTIMYKOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG				
J02AC02 Itraconazol				
Mytra 50 mg Hartkaps.	14 Stk.	–	–	12,15
bei Dermatomykosen Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.				
	28 Stk.	–	–	22,45
bei Onychomykosen oder Dermatomykosen Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.				
	60 Stk.	–	–	42,60
bei Onychomykosen Cave: NICHT mit anderen Itraconazol-Produkten austauschbar oder ersetzbar.				

ROT >> **GELB**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*	
L04 IMMUNSUPPRESSIVA						
L04AX07 Dimethylfumarat						
RE2	Dimethylfumarat "Neuraxpharm" 120 mg magensaftresistente Hartkaps.	14 Stk.	–	–	74,55	142,30
RE2	240 mg magensaftresistente Hartkaps.	56 Stk.	–	–	239,20	549,85
Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose: Kriterien bei Ersteinstellung: <ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Schub innerhalb des letzten Jahres oder mindestens eine Gadolinium aufnehmende Läsion in einer rezenten Kernspintomographie und - EDSS kleiner gleich 5,0 Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. Regelmäßige Kontrollen des großen Blutbildes gemäß Fachinformation. PatientInnen, die mit Dimethylfumarat behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.						
Dimethylfumarat "Neuraxpharm" ist ein Generikum zu Tecfidera. Im Gegensatz zum Originär ist das Nachfolgepräparat im RE2-Bereich gelistet.						

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
D11 ANDERE DERMATIKA					
D11AH08 Abrocitinib					
RE2	Cibinqo 50 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	1.020,95
RE2	100 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	1.052,10
RE2	200 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	1.116,40
Bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis mit persistierendem Ekzem nach Ausschöpfung intensiver Lokalthherapie. Erstverordnung, Dokumentation und Kontrolle alle 6 Monate durch ein dermatologisches Zentrum oder durch DermatologInnen mit ausgewiesener Expertise in der Behandlung der atopischen Dermatitis. Die Behandlung mit Abrocitinib darf nur bei PatientInnen fortgeführt werden, die innerhalb von 12–16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen.					
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AC21 Bimekizumab					
RE1 L3	Bimzelx 160 mg Inj.lsg. Fertigpen (PM)	2 Stk.	–	–	2.206,55
RE1 L3	Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	2 Stk.	–	–	2.206,55
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. Die Behandlung mit Bimekizumab darf nur bei PatientInnen verlängert werden, die innerhalb von 16 Behandlungswochen auf die Therapie ansprechen. Bimekizumab eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 3 Monate (L3).					

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Aripiprazol "G.L." 30 mg Tabl.	10 Stk. 30 Stk.	N05AX12	01.10.2022
Fortecortin 40 mg Spritzamp.	1 Stk.	H02AB02	01.10.2022
Fulvestrant "Mylan" 250 mg Inj.lsg. Fertigspr.	2 Stk.	L02BA03	01.10.2022
Gabapentin "Arcana" 400 mg Hartkaps.	100 Stk.	N03AX12	01.10.2022
Nimvastid 3 mg Schmelztabl.	56 Stk.	N06DA03	01.10.2022
Pramipexol "Genericon" 0,18 mg Tabl.	30 Stk. 100 Stk.	N04BC05	01.10.2022
Pravastatin "Stada" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA03	01.10.2022
Sorafenib "G.L." 200 mg Filmtabl.	112 Stk.	L01EX02	01.10.2022
Sorafenib "Sandoz" 200 mg Filmtabl.	112 Stk.	L01EX02	01.10.2022

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
P02 ANTHELMINTIKA				
P02CF01 Ivermectin				
Ivergelan 3 mg Tabl.	4 Stk.	–	(2)	22,30
<i>IND: Zur Behandlung der Skabies bei PatientInnen mit mindestens 15 kg Körpergewicht.</i>				
Es können nun 2 OP pro Rezept frei verschrieben werden.				

Änderung der Verwendung im Grünen Bereich (Überführung vom Gelben in den Grünen Bereich des Erstattungskodex):

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
R03 MITTEL BEI OBSTRUKTIVEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN				
R03BA02 Budesonid				
Pulmicort 1 mg Susp. z. Inh.	20 Stk.	–	–	40,95

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L01 ANTINEOPLASTISCHE MITTEL				
L01ED05 Lorlatinib				
RE1 Lorviqua 25 mg Filmtabl. (PM)	90 Stk.	–	–	4.360,05
RE1 100 mg Filmtabl. (PM)	30 Stk.	–	–	4.625,35
Bei Erwachsenen mit fortgeschrittenem Anaplastische-Lymphomkinase (ALK)-positivem, nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) - die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden oder - nach Vorbehandlung mit mindestens einem ALK-Inhibitor. Nachweis der ALK-Translokation mit einer validierten Testmethode. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch OnkologInnen.				
Erweiterung der bestimmten Verwendung um Personen, die zuvor nicht mit einem ALK-Inhibitor behandelt wurden.				
L01EF02 Ribociclib				
RE1 Kisqali 200 mg Filmtabl. (PM)	21 Stk.	–	–	710,95
	42 Stk.	–	–	1.397,25
	63 Stk.	–	–	2.083,55
Bei Hormonrezeptor (HR)-positivem, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativem lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom: - als Erstlinientherapie in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder Fulvestrant - als Zweitlinientherapie in Kombination mit Fulvestrant nach endokriner Therapie. Kein Einsatz bei vorangegangener Therapie mit einem Inhibitor von Cyclin-abhängiger Kinase (CDK) 4 und 6 und/oder kritischer viszeraler Erkrankung.				

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
Bei prä- oder perimenopausalen Frauen sollte die endokrine Therapie mit einem LHRH-Agonisten (LHRH = Luteinizing Hormone-Releasing Hormone) kombiniert werden. Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch gynäko-onkologisch spezialisierte FachärztInnen.				
Entfall der Befristung				

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Neue Bezeichnung	Alte Bezeichnung
C10 MITTEL, DIE DEN LIPIDSTOFFWECHSEL BEEINFLUSSEN	
C10AA05 Atorvastatin	
Atorvastatin "Viatrix" 10 mg Filmtabl.	Atorvastatin "Pfizer" 10 mg Filmtabl.
Atorvastatin "Viatrix" 20 mg Filmtabl.	Atorvastatin "Pfizer" 20 mg Filmtabl.
Atorvastatin "Viatrix" 40 mg Filmtabl.	Atorvastatin "Pfizer" 40 mg Filmtabl.
Atorvastatin "Viatrix" 80 mg Filmtabl.	Atorvastatin "Pfizer" 80 mg Filmtabl.
J01 ANTIBIOTIKA ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG	
J01FA06 Roxithromycin	
Roxithromycin "+pharma" 300 mg Filmtabl.	Roxithromycin "Genericon" 300 mg Filmtabl.
N03 ANTIPILEPTIKA	
N03AX12 Gabapentin	
Gabapentin "Viatrix" 300 mg Hartkaps.	Gabapentin "Pfizer" 300 mg Hartkaps.
Gabapentin "Viatrix" 400 mg Hartkaps.	Gabapentin "Pfizer" 400 mg Hartkaps.
Gabapentin "Viatrix" 600 mg Hartkaps.	Gabapentin "Pfizer" 600 mg Hartkaps.
Gabapentin "Viatrix" 800 mg Hartkaps.	Gabapentin "Pfizer" 800 mg Hartkaps.
<i>IND: Behandlung bei Epilepsien, die durch andere Antiepileptika ungenügend kontrolliert sind und Behandlung des neuropathischen Schmerzes, wenn mit kostengünstigeren Therapiealternativen (ATC N02A, N03AF01, N06A) nachweislich nicht das Auslangen gefunden werden kann.</i>	
N05 PSYCHOLEPTIKA	
N05AE04 Ziprasidon	
Ziprasidon "Viatrix" 40 mg Hartkaps.	Ziprasidon "Pfizer" 40 mg Hartkaps.
Ziprasidon "Viatrix" 60 mg Hartkaps.	Ziprasidon "Pfizer" 60 mg Hartkaps.
Ziprasidon "Viatrix" 80 mg Hartkaps.	Ziprasidon "Pfizer" 80 mg Hartkaps.
N06 PSYCHOANALEPTIKA	
N06AB06 Sertralin	
Sertralin "Viatrix" 50 mg Filmtabl.	Sertralin "Pfizer" 50 mg Filmtabl.
Sertralin "Viatrix" 100 mg Filmtabl.	Sertralin "Pfizer" 100 mg Filmtabl.

Neue Bezeichnung	Alte Bezeichnung
N06AX16 Venlafaxin	
Venlafaxin "Viatriis" 75 mg Hartkaps., retardiert	Venlafaxin "Pfizer" 75 mg Hartkaps., retardiert
Venlafaxin "Viatriis" 150 mg Hartkaps., retardiert	Venlafaxin "Pfizer" 150 mg Hartkaps., retardiert
S01 OPHTHALMIKA	
S01ED51 Timolol, Kombinationen	
Latanoprost/Timolol "Viatriis" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.	Latanoprost/Timolol "Pfizer" 50 mcg/ml + 5 mg/ml Augentropf.
Au	
S01EE01 Latanoprost	
Latanoprost "Viatriis" 50 mcg/ml Augentropf.	Latanoprost "Pfizer" 50 mcg/ml Augentropf.
Au	

Abkürzungsverzeichnis

- (2).....zwei 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.
- Au.....Fachgruppen-Bestimmung: Fachärztin/Facharzt für Augenheilkunde
- 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
- L3.....Langzeitbewilligung für 3 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 Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen entsprechende Dokumentation angefertigt wurde.
- T..... Teilbarkeit