



Informationsblatt für
Ärztinnen, Ärzte und Apotheken

Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Februar 2022

Informationsstand Februar 2022

Im Fokus: Druckwerk „Erstattungskodex“

Jeweils im Jänner erscheint das Druckwerk „Erstattungskodex“. Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern wird es zur Verfügung gestellt, unter <https://www.sozialversicherung.at/eko-onlineBestellung/order/order.seam> kann es kostenpflichtig bestellt werden oder kostenfrei unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844498&portal=svportal> als pdf-Datei heruntergeladen werden.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme von Präparaten in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA				
L04AX04 Lenalidomid				
Revlimid 2,5 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	2.375,35
5 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	2.375,35
7,5 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	2.375,35
10 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	2.375,35
15 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	2.375,35
20 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	2.375,35
25 mg Hartkaps.	21 Stk.	–	–	2.375,35
<i>IND: Diagnose und Erstverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum, mittels Tumorboard. Regelmäßige Kontrolle durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch (Hämato-)OnkologInnen.</i>				

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA50 Ponesimod					
RE1	Ponvory 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7 mg, 8 mg, 9 mg, 10 mg Filmtabl. (Starterpackung) (PM)	14 Stk.	–	–	738,85
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) mit aktiver Erkrankung: Kriterien bei Ersteinstellung:</p> <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 5,5 <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Ponesimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
RE1 L6	Ponvory 20 mg Filmtabl. (PM)	28 Stk.	–	–	1.453,05
<p>Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmiger Multipler Sklerose (RMS) mit aktiver Erkrankung: Kriterien bei Ersteinstellung:</p> <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 5,5 <p>Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum. PatientInnen, die mit Ponesimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen. Ponesimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
M09 ANDERE MITTEL GEGEN STÖRUNGEN DES MUSKEL- UND SKELETTSYSTEMS					
M09AX10 Risdiplam					
RE1 L4	Evrysdi 0,75 mg/ml Plv. zur Herst. einer Lsg. zum Einnehmen (PM)	1 Stk. = 60 mg	–	–	8.632,80
<p>Therapiebeginn bei PatientInnen mit 5q-assoziiertes spinaler Muskelatrophie (SMA) und mit Nachweis von einer bis vier SMN2-Genkopien anhand eines validierten Testverfahrens ab dem 2. Lebensmonat. Startkriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Keine dauerhafte invasive Beatmung – Bei PatientInnen mit einem Körpergewicht von unter 13,5 kg nur, wenn eine Therapie mit Onasemnogen-Abeparvovec nicht möglich ist – Keine Anwendung nach einer Therapie mit Onasemnogen-Abeparvovec – Keine Anwendung nach Therapieversagen mit Nusinersen – Nicht in Kombination mit Nusinersen <p>Vor Therapiebeginn müssen die PatientInnen bzw. deren Betreuungspersonen im Rahmen eines dokumentierten Aufklärungsgesprächs über die Abbruchkriterien informiert werden. Vor Therapiebeginn sind in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus folgende Untersuchungen durchzuführen und zu dokumentieren: CHOP-INTEND-Score, HINE-2-Score, HFMSE-Score, RULM-Score, Gehfähigkeit (10 Meter Gehstrecke ohne Unterstützung und 6 Minuten Gehstest).</p>					

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
<p>Das Labor hat ein validiertes Verfahren zur Bestimmung der SMN2-Genkopienzahl mittels MLPA-Analytik zu verwenden und muss über Erfahrung in der Durchführung dieses Verfahrens verfügen, die über eine Gelegenheitsversorgung hinausgeht. Hierfür wird eine Mindestanzahl von 20 Genuntersuchungen (SMA-unabhängig) pro Jahr als ausreichend angesehen.</p> <p>Bei Wirkungsverlust ist die Therapie abzubrechen. Dies trifft zu, wenn nach Therapiebeginn bei zumindest zwei Kontrolluntersuchungen im Abstand von maximal 16 Wochen das beste Ergebnis der beiden Untersuchungen zumindest eines der folgenden Kriterien (in Abhängigkeit von Alter und Krankheitsstatus) erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dauerhafte Beatmung (Tracheostomie oder mindestens 16 Stunden nicht-invasive Beatmung pro Tag oder Intubation an mehr als 21 aufeinanderfolgenden Tagen in Abwesenheit von oder im Anschluss an das Abklingen eines akuten reversiblen Ereignisses) - Verschlechterung des CHOP-INTEND-Scores um zumindest 4 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des HINE (Subskala 2)-Scores (Verschlechterung um mehr als 2 Punkte bei „Strampeln“ oder zumindest 1 Punkt bei allen anderen Items, außer bei „bewusstem Greifen“) gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des HFMSE-Scores um zumindest 3 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verschlechterung des RULM-Scores um zumindest 2 Punkte gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle - Verlust der Gehfähigkeit, definiert als weniger als 10 Meter freies Gehen ohne Unterstützung, gegenüber dem Ausgangswert vor Therapiebeginn oder versus letzter Messung bei wiederholter Kontrolle <p>Diagnose und Erstverordnung durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen in einer entsprechenden Fachabteilung bzw. Zentrum mit dokumentierter spezifischer Erfahrung in der medikamentösen Therapie der SMA bei zumindest 5 PatientInnen innerhalb der letzten 3 Jahre.</p> <p>Regelmäßige Kontrolle alle 4 Monate sowie Weiterverordnung durch entsprechende Fachabteilung bzw. Zentrum bzw. durch NeuropädiaterInnen oder NeurologInnen.</p> <p>Dokumentierter Einschluss in das Register SMARtCARE.</p> <p>Risdiplam eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 4 Monate (L4).</p> <p>Die Aufnahme ist befristet und endet am 31.1.2025.</p> <p>Jede Flasche enthält 60 mg Risdiplam in 2 g Pulver zur Herstellung einer Lösung zum Einnehmen. Vor der Abgabe wird das Pulver von Angehörigen der Gesundheitsberufe (z. B. Apothekerin oder Apotheker) zu einer Lösung zum Einnehmen rekonstituiert und hat dann eine Haltbarkeit von 64 Tagen bei Aufbewahrung im Kühlschrank. Aufgrund der empfohlenen alters- und gewichtsabhängigen täglichen Dosis von 0,20 mg/kg bis zu 5 mg (absolute Maximaldosis) beträgt die Reichweite einer Packung 12 bis ca. 60 Tage.</p>				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Atorvastatin "Krka" 80 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA05	01.02.2022
Clarithromycin "Hexal" 250 mg Filmtabl.	14 Stk.	J01FA09	01.02.2022
Clarithromycin "Hexal" 500 mg Filmtabl.	7 Stk.	J01FA09	01.02.2022
Cosaar/HCT 50 mg/12,5 mg Filmtabl. Die 28 Stk-Pkg. verbleibt im EKO.	14 Stk.	C09DA01	01.02.2022
Nevirapin "Accord" 200 mg Tabl.	60 Stk.	J05AG01	01.02.2022
Omeprazol "Sandoz" 10 mg Kaps.	28 Stk.	A02BC01	01.02.2022

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L02 ENDOKRINE THERAPIE					
L02BB04 Enzalutamid					
RE1	Xtandi 40 mg Filmtabl. (PM)	112 Stk.	–	(2)	2.886,95
<p>In Kombination mit einem GnRH-Analogen bei</p> <ul style="list-style-type: none"> – metastasiertem hormonsensitiven Prostatakarzinom, wenn eine Chemotherapie aufgrund eines reduzierten Allgemeinzustandes und/oder signifikanter Komorbiditäten oder bestehenden Kontraindikationen nicht geeignet ist bei <ul style="list-style-type: none"> • Vorliegen von Knochenmetastasen in der Knochenszintigraphie, wobei im Falle einer einzelnen Läsion diese via CT/MRT zu bestätigen ist oder Vorliegen von viszeralen Metastasen (via CT/MRI entsprechend RECIST 1.1-Kriterien gemessen; ausgeschlossen isolierter Lymphknotenbefall) und • Vorbehandlung mit einer Androgendeprivationstherapie bis maximal 6 Monate ab Diagnosestellung der Fernmetastasen – metastasiertem kastrationsresistenten Prostatakarzinom <ul style="list-style-type: none"> • mit asymptomatischem oder mild symptomatischem Verlauf, wenn eine Chemotherapie noch nicht klinisch indiziert ist • das während oder nach einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie progredient ist. <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 Prostatakarzinoms.</p> <p>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). 					
Erweiterung des Regeltextes um das metastasierte hormonsensitive Prostatakarzinom					

Änderung der Packungsgröße im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
H02 CORTICOSTEROIDE ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
H02AB01 Betamethason					
Solu-Celestan Amp.		5 Stk.	–	–	12,70
Streichung der 1 Stk.-Pkg.					

Änderung der Bezeichnung im Grünen Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
G02 ANDERE GYNÄKOLOGIKA					
G02CC03 Benzylamin					
Rosalgin 0,1 % Vaginalsg.		5 Stk.	–	–	10,40
Vormals Tantum rosa - Lsg. zur Vaginalspülung					

Abkürzungsverzeichnis

(2).....zwei Packungen pro Verschreibung abgebar, erfolgt keine Angabe, darf nur eine Packung abgegeben werden

PMArzneispezialitäten, für die eine Vereinbarung über ein Preismodell mit dem vertriebsberechtigten Unternehmen vorliegt.

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

L4.....Langzeitbewilligung für 4 Monate möglich

L6.....Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich

OP.....Höchstanzahl Packungen je Verordnung

RE1Die 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.

T.....Teilbarkeit

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:

Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstr. 15–19, 1100 Wien

www.gesundheitskasse.at/impresum

Satz- und Druckfehler vorbehalten.