



Neu im EKO

Änderungen im Erstattungskodex (EKO) ab Dezember 2023

Informationsstand Dezember 2023

Im Fokus: Langzeitbewilligungen für RE1-Präparate

Im 3. Quartal 2023 betreffen 6,1 % aller mit den SV-Trägern abgerechneten Verordnungen vorbewilligungspflichtige RE1-Präparate. Um den organisatorischen Aufwand für Bewilligungsanträge insbesondere für Folgeverordnungen nach der Einstellungsphase zu reduzieren und die Zeiteffizienz zu steigern, sollten Langzeitbewilligungsanträge forciert werden.

- Für Langzeittherapien bei chronischen Erkrankungen mit vorbewilligungspflichtigen Präparaten sollten Langzeitbewilligungen im Vordergrund stehen.
- Bei bestehenden Langzeitbewilligungen ist kein weiterer Bewilligungsantrag zu stellen, sondern bei der nächsten Verordnung nur abzubuchen.

ROT >> **GRÜN**

Aufnahme kostengünstiger Nachfolgepräparate in den Grünen Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
A04 ANTIEMETIKA UND MITTEL GEGEN ÜBELKEIT					
A04AA01 Ondansetron					
Ondansan 4 mg Schmelztabl.	10 Stk.	–	–	26,20	3,90
8 mg Schmelztabl.	10 Stk.	–	–	41,55	3,45
<i>IND: Zusatzbehandlung bei Chemo- oder Radiotherapie</i>					
Die Schmelztabletten sind eine zusätzliche Darreichungsform zu den Ondansan Tabletten. Analog zur Galenik von Zofran Zydis wird die Schmelztablette auf die Zunge gelegt, wo sie innerhalb von Sekunden zerfällt und leicht geschluckt werden kann.					

* Vergleich zum Listenpreis des Erstanbieterpräparates in dosierungsäquivalenter Menge (Preisbasis der Berechnung: Dezember 2023)

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	max. Kostenersparnis € pro Packung*
C09 MITTEL MIT WIRKUNG AUF DAS RENIN-ANGIOTENSIN-SYSTEM					
C09CA07 Telmisartan					
Telmisartan "+pharma" 40 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	6,20	11,16 Erstanbieter nicht im EKO
80 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	6,20	13,91 Erstanbieter nicht im EKO
C09DA07 Telmisartan und Diuretika					
Telmisartan/HCT "+pharma" 40 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	6,20	11,16 Erstanbieter nicht im EKO
80 mg/12,5 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	6,20	13,91 Erstanbieter nicht im EKO
80 mg/25 mg Tabl.	30 Stk.	–	(3)	6,20	13,91 Erstanbieter nicht im EKO

ROT >> **GELB**

Aufnahme von Präparaten in den Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €
N03 ANTIEPILEPTIKA				
N03AX26 Fenfluramin				
RE1 Fintepla 2,2 mg/ml Lsg. zum Einnehmen (PM)	120 ml 360 ml	– –	– –	864,00 2.542,70
<p>Bei PatientInnen ab 2 Jahren als Zusatztherapie bei Krampfanfällen in Zusammenhang mit dem Dravet-Syndrom und dem Lennox-Gastaut-Syndrom, die trotz adäquater antiepileptischer Therapie mit zumindest 2 Antiepileptika nicht ausreichend einzustellen sind.</p> <p>Dokumentation der Häufigkeit von Krampfanfällen vor Therapiebeginn und alle 6 Monate. Die Therapie kann fortgeführt werden, wenn Fenfluramin in den letzten 6 Monaten zu einer zumindest 30 %igen Reduktion der Häufigkeit von Krampfanfällen im Vergleich zu den 6 Monaten vor Therapiebeginn geführt hat.</p> <p>Nicht in Kombination mit Cannabidiol.</p> <p>Diagnosestellung, Ersteinstellung und regelmäßige Kontrollen durch NeurologInnen oder PädiaterInnen mit Erfahrung in der Epilepsie-Behandlung oder durch spezialisierte Zentren.</p> <p>Überwachung (Aorten- oder Mitralklappenvitium und pulmonale arterielle Hypertonie) gemäß Fachinformation.</p>				

Folgende Präparate wurden aus dem EKO gestrichen:

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Dailiport 5 mg Hartkaps., retardiert	30 Stk.	L04AD02	01.12.2023
Famciclovir "Actavis" 500 mg Filmtabl.	14 Stk. 21 Stk.	J05AB09	01.12.2023
Fludexam 1,5 mg/5 mg Tabl. mit veränderter Wirkstofffreisetzung	30 Stk.	C08GA02	01.12.2023
Mixtard 50 Penfill 100 IE/ml Inj.susp. Patronen	5 Stk.	A10AD01	01.12.2023
Omepralan 10 mg Kaps.	28 Stk.	A02BC01	01.12.2023

Präparat	Menge	ATC-Code	Streichung mit
Omepralan 20 mg Kaps.	14 Stk. 28 Stk.	A02BC01	01.12.2023
Profenid 100 mg Amp.	5 Stk.	M01AE03	01.12.2023
Rosuvastatin "Accord" 40 mg Filmtabl.	30 Stk.	C10AA07	01.12.2023
Salmecomp 50 mcg/100 mcg einzeldosiertes Plv. zur Inh.	1 Stk.	R03AK06	01.12.2023
Sibelium 10 mg Tabl.	28 Stk.	N02CX	01.12.2023
Tradolan retard 100 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	N02AX02	01.12.2023
Tradolan retard 150 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	N02AX02	01.12.2023
Tradolan retard 200 mg Filmtabl.	10 Stk. 30 Stk. 60 Stk.	N02AX02	01.12.2023
Tramadol 100 mg Amp.	5 Stk.	N02AX02	01.12.2023
Zoroxin Augentropf.	5 ml	S01AE02	01.12.2023

Änderung der Verwendung im Gelben Bereich:

Präparat	Menge	T	OP	KVP €	
H04 PANKREASHORMONE					
H04AA01 Glucagon					
RE2	Baqsimi 3 mg Nasenplv. Einzeldosis	1 Stk.	–	–	81,65
Zur Behandlung von schwerer Hypoglykämie bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 4 Jahren mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Die Aufnahme in den EKO ist befristet und endet mit 31.7.2025.					
Verlängerung der Befristung					
J06 IMMUNSERA UND IMMUNGLOBULINE					
J06BA02 Immunglobuline, normal human, zur intravasalen Anwendung					
RE1	Privigen 100 mg/ml Inf.lsg. (2,5 g/25 ml)	1 Stk.	–	–	173,05
RE1	100 mg/ml Inf.lsg. (5 g/50 ml)	1 Stk.	–	–	328,90
RE1	100 mg/ml Inf.lsg. (10 g/100 ml)	1 Stk.	–	–	627,30
RE1	100 mg/ml Inf.lsg. (20 g/200 ml)	1 Stk.	–	–	1.229,90
RE1	100 mg/ml Inf.lsg. (40 g/400 ml)	1 Stk.	–	–	2.435,15
Substitutionstherapie bei gesicherter Diagnose eines primären Immunmangelsyndroms mit eingeschränkter Antikörperbildung sowie bei sekundären Immundefekten oder zur Immunmodulation im ausführlich begründeten Einzelfall. Bei langfristiger Immunglobulintherapie sollten Versuche unternommen werden, die verabreichte Dosis zu reduzieren und/oder das Dosierungsintervall auszudehnen. Erstverordnung und regelmäßige Kontrolle durch in der Behandlung mit Immunglobulinen erfahrene ÄrztInnen oder Zentren.					
Anpassung des Regeltexes					

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
L04 IMMUNSUPPRESSIVA					
L04AA38 Ozanimod					
RE1	Zeposia 0,23 mg, 0,46 mg Hartkaps. Starterpackung (PM)	7 Stk.	–	–	322,80
<p>– Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung</p> <p>– 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 5,0 <p>– Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>– PatientInnen, die mit Ozanimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p>					
RE1 L6	0,92 mg Hartkaps. (PM)	28 Stk.	–	–	1.207,55
<p>– Bei erwachsenen PatientInnen mit schubförmig remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung</p> <p>– 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 5,0 <p>– Diagnosestellung, Verordnung, Einstellung, Therapiekontrolle und Dokumentation durch ein MS-Zentrum.</p> <p>– PatientInnen, die mit Ozanimod behandelt werden, sind vor Therapiebeginn in das dafür vorgesehene Register der ÖGN aufzunehmen.</p> <p>– Ozanimod eignet sich für eine chef(kontroll)ärztliche Langzeitbewilligung für 6 Monate (L6).</p>					
Wegfall der Befristung					
N07 ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM					
N07XX15 Inotersen					
RE1	Tegsedi 284 mg Inj.lsg. Fertigspr. (PM)	4 Stk.	–	–	21.932,00
<p>Zur Behandlung von Polyneuropathie der Stadien 1 oder 2 bei erwachsenen PatientInnen mit hereditärer Transthyretin-Amyloidose (hATTR).</p> <p>Diagnose, Erstverordnung und regelmäßige Kontrollen durch ein spezialisiertes Zentrum. Die Liste der in Frage kommenden Einrichtungen wird vom Dachverband erstellt und unter http://www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_hATTR-PN publiziert.</p> <p>Regelmäßige Kontrollen von Thrombozytenzahl und Nierenfunktion laut Fachinformation.</p> <p>Bei einem Abfall der Thrombozytenzahl unter 100 Giga/l (G/l) sollte die Dosierung gemäß Fachinformation angepasst werden.</p> <p>Die Behandlung ist abzubrechen, wenn die Thrombozytenzahl unter 25 Giga/l (G/l) fällt.</p>					
Wegfall der Befristung					

Änderung der Bezeichnung im Gelben Bereich:

Präparat		Menge	T	OP	KVP €
J05 ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG					
J05AG01 Nevirapin					
RE2	Nevirapin "Viartis" 400 mg Retardtabl.	30 Stk.	–	–	120,10
<p>In Kombination mit anderen antiretroviralen Arzneimitteln zur Behandlung von HIV-1-infizierten Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern ab 3 Jahren. Therapieeinleitung und regelmäßige Kontrollen durch einen Arzt/eine Ärztin mit Erfahrung in der HIV-Behandlung.</p>					
Vormals Nevirapin "Mylan" 400 mg Retardtabl.					

Abkürzungsverzeichnis

- (3).....drei 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.
- INDDie 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.
- KVPKassenverkaufspreis ohne Umsatzsteuer
- L6Langzeitbewilligung für 6 Monate möglich
- OPHöchstanzahl 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.
- RE2Bei 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